Elida E. Fernández

DIAGNOSTICAR LAS PSICOSIS

María Bernarda Pérez *y trabajos de*
Adela Costas Antola, José Fernández Tuñón,
María Cristina F. de Gallo, Cristina Khammar,
David Kreszes, Alicia Levín, Pablo Maureso
Prólogo a la primera edición de Norberto Giarcovich
Prólogo a la segunda edición de Héctor Yankelevich

Ilustraciones de Etienne Gontard

data editora

Portada: "Diagnosticar las psicosis" (D'apres Bosch)
Etienne Gontard, 1993.

Diseño y cuidado de la edición: Rodolfo Mesturini

Primera edición: mayo de 1993
Segunda edición: agosto de 1995

© 1993, Elida E. Fernández
Julián Alvarez 2456, 5° piso "E"
(1425) Buenos Aires, Argentina
Data Editora
Moreno 2930, 4° piso
(1209) Buenos Aires, Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723
Impreso en la Argentina - *Printed in Argentina*

I.S.B.N.: 950-99840-2-7

Prólogo a la segunda edición

Héctor Yankelevich

Aber Freund! wir kommen zu spät. Zwar leben die Götter
Aber über dem Haupt droben in anderer Welt.
Endlos wirken Sie da und scheinens wenig zu achten
Ob wir leben, so sehr schonen die Himmlischen uns.
Hölderlin - Brot und wein

Ah amigo! Llegamos demasiado tarde, sin embargo. Los dioses viven, es cierto.
Pero allá arriba, en otro mundo, por encima de nuestras cabezas.
Allí son infinitamente eficaces y parecen preocuparse poco
Si vivimos. Es de esta manera que los Celestiales nos cuidan mucho.
Hölderlin - Pan y vino (traducción: H. Y.)

La psicosis sigue siendo un terreno de discusión teórica en donde la práctica analítica se ha visto desde el vamos confrontada a una amenaza —efectiva— de despedazamiento doctrinal.

La psiquiatría clásica —que hoy añoramos— le reconoció al psicoanálisis pertinencia, sólo en el campo de las neurosis. Erróneamente, ya que Freud con Fliess y Lacan con Aimée muestran que *ab ovo* y estructuralmente —en los dos casos— la teoría de las neurosis sucedió y fue posible gracias a un lazo profundo —a un amor teorizado— por la paranoia.

El lugar ocupado por Jung no se explica sólo ni por su inteligencia ni por su condición de *shabbes goy*, sino por su lugar: Burgholzli, o sea, el hospital psiquiátrico. Vale también para Bleuler y Binswanger, pero ya de otra manera. Es el lugar —central— que ocupa en la práctica y en la invención de Lacan su consulta en Sainte Anne.

Sin embargo, la teoría de las psicosis tuvo, en el freudismo, *mala suerte*. Durante cuarenta largos años, los analistas sólo leyeron en el Schreber la palabra *proyección*. Que figura allí, claro está. Pero con una definición distinta de la que se le dio siempre. Que borró en su mecanismo la *transformación* del amor en odio, la *deformación* por desplazamiento, la *abolición* (*Aufhebung*) de lo que está en el "interior", por el retorno del "exterior"

y la *recusación* (*Gesamtablehnung*). Término jurídico que enuncia la imposibilidad para alguien —reconocido como culpable en primera instancia— de apelar a la segunda —en la Argentina a la Cámara. No hay Otro ante quien apelar. Cuando en alemán una persona dice a otra: *"Nicht lehnst mir ab"*, no sólo le dice "no me rechaces" sino "no me hagas perder, no me retires tu apoyo". A señalar: es el otro el que recusa la demanda.

Que sea Freud el que construye la identidad del "interior" y del "exterior", usando una topología espontánea aunque no conceptualizada; que sea Freud el que acude a un término jurídico para construir un concepto analítico, hace justicia en más de un sentido. A la lectura de Lacan. A su propia *escritura*, que iba siempre mucho más allá de su propia teorización.

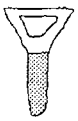
La propuesta de Lacan de nombrar *forclusión* el mecanismo de las psicosis no es sólo una traducción de la *Verwerfung* de Freud, que él mismo traduce como *rechazo* (rejet). Ya que la forclusión espera al sujeto en el lugar del Otro, "antes" de que él acuda con su pregunta. El rechazo, en cambio, es una defensa del sujeto. Por otro lado, la carencia del Nombre del Padre en el Otro no es la misma si su causa reside en el otro real, que no lo nombra, o en la falencia del padre a ocupar su lugar sexuado. No sólo de privador de la madre, sino también de donante del falo.

Estas particularidades lógicas y gramaticales tal vez puedan, sobre lo real clínico, dar cuenta de las diferencias *entre* las psicosis. Puesto que sólo *a partir* de ellas podremos encontrar y transmitir los posibles eficaces de la cura analítica.

En primer lugar, las modalidades de constitución del cuerpo. Sin el cual no hay mediación entre lo real y lo simbólico. Ni división del sujeto como efecto del lenguaje. Resumiendo: el "estadio" del espejo es fundado, y no fundante. A partir de allí se podrá —no está hecho— teorizar los *en-forma-de-a* que dan consistencia al cuerpo aún cuando ella no sea tal, es decir, que se haya cortado. Si el objeto no se ha perdido, es el cuerpo que amenaza, permanentemente, con abandonar el sujeto. Valga la paradoja, en los análisis con psicóticos, hay identificación al analista. Más aún, *debe* haberla. ¿Pero a qué punto?

Lo que no tendría que repetirse es la forma en la que el sujeto había compensado su forclusión antes del episodio que llevó al análisis: la *incorporación*. Lo que implica, también, desinvestir —relativamente— el ideal del Yo.

Una paciente psicótica llega a sesión con un modelado en



plastilina. "Una especie de sacatapas", dice. La invito a continuar con sus asociaciones sobre el objeto producido. "Podría ser una letra del alfabeto, una y griega, con una barra encima, o algo así...", continúa. Le pregunto de qué palabra podría ser esa y griega. "No sé —responde—, ninguna idea". Examina largamente el objeto y empuñándolo por su parte más ancha, agrega: "Así podría ser una pistola... O un sable..." Silencio. (Hace el gesto de tirar un tiro y de espadear). "Ah... su nombre comienza por y griega...". Asiento. Da vuelta el objeto y dice: "Podría ser un hombre sin cabeza ni brazos". "Sin brazos no puede abrazar... Ni sostener. Sin cabeza (sufrió durante largo tiempo de crisis epilépticas)". Nota entonces que el sacatapas está hecho de dos colores. Uno para la parte de abajo del cuerpo —las piernas, los pies (pied = goce en argot). Otro para el torso desmembrado.

Esta sesión es notable porque por primera vez hubo la producción de una letra que representa a la vez el nombre del analista y al falo. Letra que permite abrir un orificio y revela, a la vez, un clivaje en la imagen del cuerpo que "tapa" e impide la realización de la división del sujeto, y sus efectos normalizantes. Esta vía de yunción entre real e imaginario pareciera ser previa al tratamiento del corte entre simbólico y real.

Este libro, *Diagnosticar las psicosis*, dirigido por Elida Fernández, reanuda el diálogo fructuoso entre psicoanálisis y psiquiatría, y teorizando su clínica con Lacan, posibilita a la vez una lectura de la escuela inglesa. Estos fueron ejes para Lacan durante largo tiempo en su Seminario.

Ocupar el lugar del analista con psicóticos es algo ímprobo, pero los resultados son las gemas que encontramos desparramadas a lo largo de las clases. A cuenta una: "El objeto del psicótico es la palabra (...), palabra excluida de la estructura del lenguaje" (p. 207). Es efectivamente con la palabra que el psicótico intenta construir un objeto que sostenga su cuerpo. Pero ella se despedaza infinitamente como signo. Llamándolo desde cualquier parte.

A pesar de la enorme bibliografía psicoanalítica, la psicosis sigue siendo un terreno difícil de teorizar. Acaso con los nudos, a los que José Fernández Tuñón dedica un capítulo importante, tendremos un instrumento adecuado para pensar. Para inventar, ya que Lacan nos abrió el camino, pero está lejos de estar ni hecho, ni terminado.

París, 20 de junio de 1995.

Prólogo

Norberto Giarcovich

Lacan, a poco de comenzar a dictar su *Seminario III*, va a dar una indicación a quienes lo escuchan... la que no deja de ser una reafirmación del camino elegido en ese momento. Señala allí lo útil que resulta para los psicoanalistas ocuparse de la Paranoia, aunque pueda parecer ingrato y por momentos árido, ya que atañe a la purificación, elaboración y ejercitación de las nociones freudianas y por lo mismo atañe a nuestra formación para el análisis.

Esta indicación, que se presenta en el marco de una introducción a dicha cuestión, no deja de ser una introducción al interés por el tema a tratar, el de la Psicosis.

Si bien en esto continúa con el modo que tenía Freud de abordar ciertas nociones, como por ejemplo, partir del estudio de las perversiones, para arribar a la formulación de su teoría sobre la sexualidad infantil, es evidente que Lacan inicia su camino de la mano de la psicosis y muestra además que es por ocuparse de ella que va a ejercitar las nociones freudianas y no por lo contrario.

Valga recordar, que su interrogación al pequeño "otro" de la paranoia (en su tesis de doctorado en medicina), ese que cela, ama o persigue, no puede dejarlo sino en la mejor posición, para poder conformar posteriormente uno de los escritos centrales de su teoría, me refiero al Estadio del Espejo como formador de la función del yo, tal como se nos revela en la experiencia psicoa-

nalítica, junto al concomitante descentramiento, que le permite elaborar como nunca antes la estructura del Narcisismo.

Es en el marco de este interés que Elida Fernández nos presenta hoy su libro, sostenido previamente por muchos años de trabajo clínico con pacientes psicóticos.

Esto último se trasluce en sus páginas, haciendo que su lectura resulte cercana a aquellos —residentes y concurrentes— de los servicios hospitalarios que estén abocados al tratamiento y estudio del tema.

Comienza dedicándole una especial atención al diagnóstico diferencial, resaltando que, si bien la psiquiatría propone un orden en la discriminación de los casos, el psicoanálisis intenta desde Freud darle una lógica, la que trata de dar cuenta de la verdad en juego en el texto psicótico.

Retoma además los trabajos centrales de De Clérambault sobre erotomanía, pasión y automatismo mental para concluir esta primera parte, con las particularidades que hacen a la estructura psicótica, abordando los conceptos que van desde la Metáfora Paterna hasta la pregunta por el Falo, el significante "La mujer" y los avatares de la sexuación, aquellos que llevan a plantear la lógica del "No todo".

El tercero de los tres capítulos dedicados al diagnóstico, se centra en un detallado trabajo sobre "La negación" (Freud 1925), como esa marca de la represión en el discurso y plantea los conceptos principales de ese artículo.

— El juicio de Atribución, su formulación universal, que despliega un "todo" que hará posible a una falta... no deja de ser un modo de poder decir algo consistente sobre la enigmática Identificación primaria.

Dialéctica entre Bejahung y Ausstossung que genera las condiciones que posibilitarán la conformación del campo simbólico.

— El juicio de Existencia, su formulación particular, como aquello que se sostendrá desde la búsqueda repetitiva del objeto perdido, junto a la insistencia del retorno de lo reprimido.

— La Verwerfung, en cambio, mostrándonos una recusación de la castración, la que terminará provocando un agujero en la significación fálica, junto con la consecuente posibilidad del retorno, ya no de lo reprimido, sino de lo forcluido.

Negación entonces en la Neurosis, negativismo en la Psicosis, son el comienzo de un desarrollo que va a desembocar en el estudio de la Melancolía, el síndrome de Cotard y el registro de lo "real".

Una interrogación sobre el cuerpo y el déficit de su envoltura imaginaria, casulla, que Lacan escribe con el matema i (a), nos recuerdan los padecimientos schreberianos, un "a" desnudo y las dificultades con el narcisismo y la agresividad.

El texto avanza sobre la teoría de los anudamientos propuestos por Lacan, en los seminarios Encore, R.S.I. y el Sinthoma, en especial sobre la operación del cuarto nudo y la posibilidad de que su falla, deje al sujeto sumido en la normalidad, que es lo mismo que decir... la Paranoia.

En este contexto, se incluyen además interesantes trabajos de otros autores, junto a artículos que nos brindan la posibilidad de releer algo de lo producido por miembros de la denominada "Escuela Inglesa".

Este libro, producto de las clases que la autora dictó en su curso de posgrado, muestra gran parte del trabajo allí efectuado y guarda la dinámica y claridad expositiva original, así como denota la reelaboración que alcanzó, luego de quedar la palabra bajo la función del escrito.

Es dable suponer entonces, que pueda llegar a transformarse en un instrumento de mucha utilidad para quienes se ocupen del tratamiento de las psicosis, así como también para aquellos que se hallen interesados en el estudio de los conceptos psicoanalíticos, que hacen al conocimiento de la estructura del sujeto del inconsciente.

Introducción

Elida E. Fernández

"No es lo primero la plenitud del ser, es la grieta y la fisura, la erosión y el desgarramiento, la intermitencia y la privación roedora: el ser no es el ser, es esa ausencia del ser, ausencia viva que hace la vida desfalleciente, inaprehensible e inexpresable, salvo el grito de una feroz abstinencia".

Maurice Blanchot
Le livre a venir, pp. 49-50

La psicosis, la locura, son un enigma. El psicótico no *"Nos"* habla.

Habla... pero su hablar no nos es inteligible.

Pocas veces demanda ayuda. Sí es visible su padecimiento, su horror. Casi nunca consulta, es traído. Se lo encierra, se lo aisla, se lo medica, se lo silencia.

Winnicott, entre otros, denuncia cómo a los psicóticos se les imponen los tratamientos más crueles: electrochoque, chaleco de fuerza, lobotomías... En su momento en el Borda se implementaba "la furca" (método de asfixia), o los castigos más leves: dejarlos sin ropa.

El intento es forcluirlos de la sociedad. Lo forcluido aparece en lo real.

El inconsciente, el deseo, la humanidad no pueden pensarse sin la locura como límite, como abismo, que configura nuestro universo.

Muchos, como Melanie Klein y su escuela, nos dijeron que todos la portábamos como núcleo. Las neurosis no serían más que defensas contra ello.

Todos seríamos psicóticos, o lo habríamos sido.

Freud sin embargo mostró la diferencia entre neurosis, psicosis y perversión y el no pasaje de una estructura a otra. También mostró la huída de Breuer ante la locura de Ana, y se preguntó si no habría más delirio en su teoría que en la de Schreber.

La psicosis nos involucra, a cada uno de manera distinta, a todos como psicoanalistas. No creo en las recomendaciones acerca de lo importante que es que cada analista atienda a un psicótico. Por respeto a los psicóticos (y a los analistas) creo que este encuentro sólo lo pueden intentar los que tengan las ganas, la curiosidad, el deseo de convocar a estos demonios, no huir en vergonzosa retirada... y entonces, quedarse ahí intentando averiguar el secreto de los demonios, sin olvidar que en esto consiste precisamente el viaje a los infiernos. Dante lo describió.

Nuestras herramientas

Las tenemos. Nos son imprescindibles. También escasas, controvertidas. Cuanta más precisión logremos en su conocimiento más posibilidad tendremos de comprobar su utilidad.

Hablo de la teoría. Hablo también de la clínica. La teoría que no puede hacerse praxis no nos sirve, es puro goce del habla.

Pero podemos encontrarnos que a veces se fuerza la teoría para que encaje en "el caso".

Si la tarea de analizar es ubicada por Freud entre las imposibles, esto se encarna con mayor fuerza en el tratamiento del psicótico, allí donde hay dirección, pero no hay cura.

Si analizar es bordear permanentemente el no saber, con los psicóticos el no saber es, la mayoría de las veces, un no entender, es la imposibilidad de traducción, y lo arduo de soportarlo. La angustia aparece del lado del analista.

Nos enfrentamos a sentidos coagulados, crípticos, que parecen decirlo todo para el que los enuncia dejándonos irremediablemente en el sin sentido, pero —es lo esperable— con interrogantes.

De estos interrogantes vamos haciendo un camino. Porque sólo partiendo de esta fisura, grieta, desgarramiento del ser podremos tener acceso al camino de la constitución del sujeto.

Vamos a intentar básicamente situarnos en los recorridos de Freud y de Lacan en las cuestiones preliminares.

Lo haremos también desde nuestras preguntas fundamentales: ¿Cómo diagnosticar una psicosis? ¿Qué diferencia hay entre las psicosis y la locura? ¿Hay sujeto en las psicosis? ¿Podemos hablar de fantasma?

Intentaremos darnos respuestas, muchas provisorias, no sin vacilaciones, no sin que abran futuras discusiones. De esto se trata.

Las psicosis

Enfatizamos el plural. Esto es subrayar las diferencias entre los distintos cuadros. Diferencias diagnósticas que implican algo que en la neurosis no se plantea: *el pronóstico.*

Hay psicosis que evolucionan inexorablemente a la demencia. Ignorarlo (como a veces ocurre en algunos servicios) es condenar al terapeuta a cargo, a la cronicidad y al deterioro (por suerte, reversible). También los diferentes cuadros hacen a la elección de una u otra estrategia en el tratamiento.

La clínica diferencial nos importa en tanto hay una práctica diferencial. Por eso escuchamos a la Psiquiatría, ellos miraron y describieron minuciosamente lo que vieron, la cuestión no es eludir ese saber sino discriminarnos.

La Psiquiatría es fundamentalmente descriptiva, observa, clasifica, enumera y ordena cuadros. Como lo imaginario, no es dialectizable. Pero sin lo imaginario no podemos operar. Es la Psiquiatría quien primero observó al psicótico, algunos se animaron más allá e iniciaron la pregunta por la estructura misma del padecimiento. De este legado también intentaremos apropiarnos, porque la pregunta sigue vigente. ¿Cuál es la esencia de la psicosis? ¿Acaso de lo que habla el psicótico no es lo que nos pasa a todos? A todos nos han impuesto el lenguaje. ¿Por qué no somos todos locos? ¿Por qué no estamos todos sujetos al automatismo mental?

Si el yo se constituye primordialmente como alienado, si el deseo es el deseo del Otro y lo real es imposible de simbolizar... cómo hay gente que no está loca.

Poner en marcha esta cátedra, este programa, tiene que ver con la pasión de saber cómo, por qué, para qué, qué de la dimensión trágica de la vida hace del psicótico su testigo más encarnizado.

Y cuál es nuestra posición ética como psicoanalistas frente al qué hacer con un psicótico. ¿Hacia dónde nos dirigimos? En principio tampoco el dispositivo analítico fue pensado para él.

Así el psicótico apareció ubicado siempre "fuera de". Empezar a pensar la psicosis es empezar a pensar una estructura distinta y no simplemente un déficit de la supuesta normalidad. Pensar la psicosis no es mencionar lo que falta, es precisar lo que hay.

Este es el primer punto del programa, ¿cómo diagnosticar la psicosis? También uno podría preguntarse, ¿para qué tanto énfasis en la precisión del diagnóstico?

La dirección que vamos a imprimir al tratamiento de un paciente psicótico difiere fundamentalmente de la dirección de la cura de un neurótico.

Las diferencias son muchas, por empezar postulamos el análisis para los neuróticos y los tratamientos posibles para los psicóticos.

El concepto de cura nos propone también arduas cuestiones.

De allí que el saber hacer del analista juegue su primera carta en esta tarea diagnóstica que implica una toma de decisión que hace a su responsabilidad. Responder por lo que hacemos, hacernos cargo de las consecuencias de nuestros actos.

Cuando Lacan fundamenta la importancia de las entrevistas preliminares —y tantas como sean necesarias— lo hace en función de diferenciar la estructura psicótica de la neurótica.

La histeria, que como nos lo avisó Freud tiene la capacidad de imitar cualquier cuadro y una profunda fascinación por la locura, nos hace un primer desafío. Y no nos sirven los síntomas. Los neuróticos también deliran. Incluso alucinan. También están esos "obsesivos del libro" y fuera de texto rompen la cadena significante para mostrarnos el carozo de una reconstitución psicótica.

Los locos y los psicóticos tampoco son lo mismo.

No seamos tan locos de repetir sin pensar fórmulas que suponen abrir puertas que no se abren por magia. Hubo muchas fórmulas que en cada momento fueron sostenidas con el furor de los descubrimientos de las llaves maestras.

Todo se explicó en su momento por la forclusión del signifi-

cante del Nombre del Padre. Pero esto tenía un precio: considerar que existía una única psicosis, "la paranoia". Y como en el lecho de Procusto cortábamos lo que no entraba. ¿Y las esquizofrenias? ¿Y todas aquellas manifestaciones de la psicosis que ponen en juego, en primer plano, el cuerpo?

¿La alteración de lo simbólico solamente se puede situar a nivel de la no inscripción del nombre del padre?

Al inicio de las primeras identificaciones nos encontramos con el Otro primordial, con la madre: "La madre no es simplemente aquella que da el pecho, sino también la que da la impronta de la articulación significante, no sólo porque habla al niño sino también porque los juegos de ocultación son ya una acción simbólica en el curso de la cual lo que se revela es justamente la función del símbolo en tanto revelador. Es en el interior de ésto que se hacen esas primeras identificaciones a lo que se llama la madre todopoderosa". (J. Lacan, *El deseo y su interpretación*).

Si la forclusión del significante del Nombre del Padre no da cuenta de todas las manifestaciones psicóticas, si las esquizofrenias nos muestran la falta de la constitución de un cuerpo, nos vemos llevados a encontrar una respuesta en la teoría de los nudos, en las suplencias del Nombre del Padre, o en las ausencias de éstas. Ya no será una falla en lo simbólico lo que dé cuenta de las psicosis. Vamos acercándonos a una conclusión: las psicosis no se pueden pensar como fallas con respecto a la estructura y constitución de las neurosis —son distintas y diferentes— aunque las neurosis puedan, en la locura, parecérseles tanto.

La locura: el neurótico delirando, alucinando tal vez, ¿qué está aquí forcluido? Julia Kristeva tiene algo para decir al respecto. Y en todas estas manifestaciones desplegando su discurso: el Svo.

El superyó como la forclusión de "los mandamientos de la palabra", donde lo forcluido no retorna en lo real sino en lo imaginario. La figura obscena y feroz del superyó campeando salvajemente en el terreno de la psicosis nos llevan a replantear la lúcida observación kleiniana sobre el origen del superyó y su supremacía en la psicosis.

Para finalizar, otra gran cuestión: ¿qué hacer con un psicótico?

En un Ateneo al que fui invitada el año pasado por los residentes de Psiquiatría del Araoz Alfaro me decían: "Todos nos dicen lo que *no* hay que hacer con un psicótico. No hay que in-

terpretar por significante. No hay que hacerlo asociar libremente. No hay que hacerle juego de palabras... Terminamos escuchando mudos e impotentes". ¿Que sí se hace? Primero vamos a tratar de leer a algunos que lo intentaron. Se equivocaron, o no tanto, pero quedó una traza, algunos hallazgos y sus comunicaciones. Algo fue hecho y de todo eso quedó una eficacia posible y una premisa. Como reza la conclusión de una encuesta norteamericana reciente: el psicótico recibe efectos del tratamiento por vía de la palabra. Este efecto de la palabra hace que estemos hoy aquí renovando este camino de acercarnos desde la lectura de ciertos textos, desde la escucha de los distintos avatares que proponen los tratamientos a descifrar este enigma y a renovar lo que hace a nuestra función como analistas: acotar el padecimiento.

Recuerdo que cuando Daniela vino a mi consultorio (mandada por sus padres) en pleno delirio, llena de voces que le ordenaban los peores tormentos, con la certidumbre de su saber sin vacilaciones, interrumpía su decir verborrágico, para decir sólo pido "que paren los martirios, que cesen las máquinas".

Y como estímulo para ponernos a trabajar, una anécdota: atendí a Jaime en el Borda durante cuatro años (me van a escuchar nombrarlo varias veces). Tenía 40 años, nunca había tenido relaciones sexuales.

Un buen día sale de permiso, conoce a una chica y vaya uno a saber por qué cruce de hados Jaime hace el amor por primera vez con esta mujer y vuelve al hospital excitadísimo a contármelo. Era una hazaña que parecía imposible.

En esa sesión él lloraba, estaba agitado, yo emocionada. De pronto interrumpe el relato y me dice: "¿Usted qué se cree, que yo no voy a volver a estar loco, delirando y lleno de Halopidol? O usted cree que ya está... Pongo los "espermatolitos" en una vagina y me curé?

Se hace un silencio. Mi joven entusiasmo de residente se había desangelado. Jaime se detiene, y de pronto dice: "Pero sabe qué... quién me quita lo bailado".

Uno podría contentarse con escuchar esto como un dicho, metáfora congelada en la lengua.

O pensar que esta es una pregunta de Jaime, la pregunta por su enemigo, por su perseguidor, por el que le quita, por el que le hace siempre tener. Quizás porque esta vez algo tiene, en lugar de delirar (que le quieren quitar el secreto de la bomba) pueda preguntar.

Programa de la materia "Las Psicosis" de 3er. año del Curso Prolongado de Posgrado de Psicoanálisis 1991/1992 Centro de Salud Mental Nº 3 "Dr. A. Ameghino"

Titular: Lic. Elida E. Fernández
Asociada: Lic. Bernarda Pérez

A) De una cuestión preliminar

1. Diagnosticar las psicosis: fenómenos elementales, automatismo mental, holofrase, enunciación sin enunciado. Rotura de la cadena significante. Ausencia de metáfora.

2. Diferenciar las psicosis de la locura
   Locuras histéricas. Delirios en la neurosis obsesiva. Fachada pseudoneurótica de las psicosis. Restituciones psicóticas.

3. Semiología Psiquiátrica
   Paranoia
   Parafrenia
   Esquizofrenias
   - paranoide
   - hebefrénica
   - catatónica
   - simple

4. Delirios
De la Psiquiatría al Psicoanálisis. Su lugar en el discurso. Su posibilidad o no de ser metaforizado.

Bibliografía

Bercherie, Paul: *Los fundamentos de la clínica.* Cap. 17. Manantial

Czermak, Marcel: *Estudio Psicoanalítico de las Psicosis.* Cap. IX. Nueva Visión.

Fernández, Elida: *Delirios en "Cuerpo y Significante".* Editorial Vergara.

Fernández Tuñón, José: *Fichas de Nosografía y Semiología Psiquiátrica.* Cátedra Psicopatología. UBA-CEP.

Freud, Sigmund: *Las Neuropsicosis de Defensa.* Amorrortu. T. III
Lo Inconsciente. Punto VII- T. XIV
Neurosis y Psicosis. T. XIX
El delirio y los sueños en la "Gradiva" de Jensen T. IX.

Freud, Sigmund: *Una neurosis demoníaca del siglo XVII.* T. XIX
Complemento metapsicológico de la doctrina de los sueños. T. XIV.
Pérdida de la realidad en Neurosis y Psicosis. T. XIX.
Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. T. XII

Kristeva, Julia: *Loca verdad.* Edit. Fundamentos.

Jinkis, Jorge: *Transferencia y Alucinación en "Lo que el Psicoanálisis nos enseña".* Lugar Editorial

Jones, Ernest: *La Pesadilla.* Ed. Hormé

Lacan, Jacques: *Seminario III Las Psicosis.* Cap. 1, 2 y 3
Escritos II "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la Psicosis".
Seminario XI. Cap. 18
Suplemento de Escritos "Acerca de la causalidad psíquica". Ed. Argot.

Maleval, Jean Claude: *"El campo pasional en las Psicosis"* Revista Apertura. Barcelona.
Locuras Histéricas y Psicosis Desociativas. Paidós.

Miller, Jacques Alain: *Matemas I. Suplemento topológico a De una Cuestión Preliminar.* Manantial.

Rabinovich, Diana: *Locura y Psicosis.*
Ficha Jornadas Preparatorias del
Vº Encuentro del Campo Freudiano.
Shakespeare: *Romeo y Julieta.*
Hamlet, Príncipe de Dinamarca.
Schreber, Daniel Paul: *Memorias de un Neurópata.*
Edit. Petrel.

B) El sujeto en las psicosis

Behajung primordial. Metáfora paterna. Función paterna. Nombre del Padre. Suplencias. Metáfora delirante. Castración o mutilación. Lugar de la madre: ¿función materna?

Superyó y orden de goce. El horror en la psicosis.

¿Podemos hablar de "angustia" en las psicosis?

Martirio- pasaje al acto.

El psicótico como *a*

El psicótico como *A*

Ser *NO*: delirio de las negaciones.

Bibliografía

Cotard, Jules: *Delirio de las negaciones.*
Conjetural Nº 17
Fernández, Elida: *"El Superyó, un malentendido"* en
Conjetural Nº 12
Freud, Sigmund: *Un caso de Paranoia contrario a la teoría Psicoanalítica.* Tomo XIV.
La Negación T. XIX
Lo ominoso. T. XVI
Guzmán, Luis: *Una especie de muerte.* Conjetural Nº 17
Lefort, Robert: *"Sujeto del Inconsciente y Sujeto de la Psicosis" en Clínica Diferencial de las Psicosis.* Manantial.
Pomier, Gérard: *Una lógica de la Psicosis.* Cap. II.
Ed. Catálogos. Paradiso.
Rabinovich, Diana: *Suplencias del Nombre del Padre* (Ficha de Jornadas Preparatorias del Vº Encuentro del Campo Freudiano)
Revista Litoral 7/8 *Las Psicosis.*
Soler, Colette: *"Estudios sobre las Psicosis"*
Saques, Hugo: *"La (de) Negación (es)"* monografía presentada en el curso 1992

C) Tratamientos posibles

Transferencia en las psicosis: erotomanía y paranoización.
El otro lugar del analista. Algunos de los que lo intentaron:
Escuela Inglesa
- Melanie Klein
- Wilfred Bion
- Ronald Searles
- Donald Winnicott

Bibliografía:

Klein, M.	*Desarrollos en Psicoanálisis* *Contribuciones al Psicoanálisis.* Ed. Hormé
Bion, W.:	*"Aprendiendo de la Experiencia"* Ed. Paidós. *"Elementos de Psicoanálisis"*. Breviarios
Searles, R.:	*"Fases de la Interacción Paciente Terapeuta en la Psicoterapia de Esquizofrenia Crónica".*
Winnicott, D.:	*Exploraciones Psicoanalíticas.* Tomos I y II. Paidós
Pichon Riviere, E.:	*"Del Psicoanálisis a la Psicología Social".* Tomos I y II. Nueva Visión.
Foucault, M:	*Yo, Pierre Riviere* *Crimen de las hermanas Papin*
Fernández, Elida:	*Contratransferencia en Temas de la Clínica Freudiana.* Temas Ediciones.
Goethe:	*Fausto* *Las desventuras del joven Werther.*

La materia funcionará con clases teóricas y ateneos.

Los ateneos estarán coordinados por la Lic. Bernarda Pérez.

Se invitará a profesionales que están trabajando con pacientes psicóticos.

Luego de las vacaciones de invierno los profesionales que estén cursando esta materia deberán entregar un trabajo individual sobre cualquiera de los temas desarrollados hasta el momento.

A fines de octubre tendrán lugar las jornadas internas donde se leerán y discutirán algunos de los trabajos presentados.

Además de la bibliografía indicada queremos mencionar también algunos filmes que incursionaron desde el arte en el tema que nos ocupa:

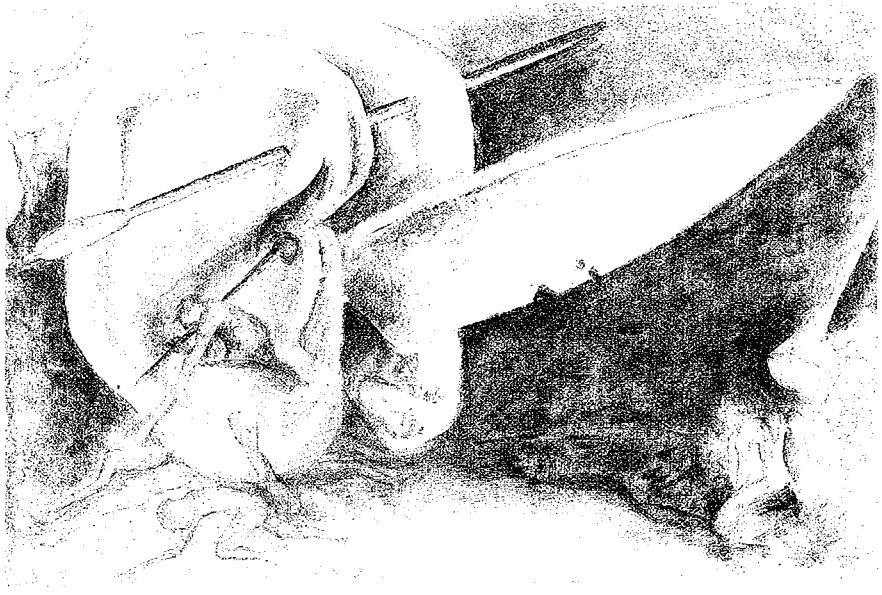
"El Inquilino"	Polansky
"Repulsión"	Polansky
"Vida Familiar"	Zanuzzi
"Il pugni in Tasca"	Pietro Olmi
"Imágenes"	Altman
"Vincent y Theo"	Altman
"Camille Claudel"	Bruno Nuytten

Marzo, 1992

En los Ateneos Clínicos organizados en el espacio de nuestra materia han intervenido también:

Lic. Mirta Pipkin
Lic. Mirta Holgado
Dr. César Barral
Lic. Marcelo Schwalb
Lic. Carlos Bembibre
Dra. Graciela Barón

A todos ellos nuestro agradecimiento por su colaboración.



"Diagnosticar las psicosis" (d'après Bosch), Etienne Gontard, 1993

I. Diagnosticar las psicosis

"Todos los términos que elijo para pensar son para mí Términos en el sentido propio de la palabra, verdaderas terminaciones..."

Antonin Artaud

Teórico I:
Fenómenos elementales. De Clérambault. Puntuaciones freudianas. Lacan en el Seminario III.

Elida E. Fernández

La Psiquiatría fue el primer intento de nombrar la locura. En ese camino intenta poner *un orden* en base a lo que desde la observación del que se pone a mirar ve: el síntoma como aquello que desborda lo esperado.

Así podríamos plantear que mientras la Psiquiatría se propone poner orden en lo que desordenaba, el Psicoanálisis intentó desde Freud darle *una lógica*. Creo que esto es fundamental. Cuando nos preguntamos qué hacer con un psicótico y esperamos una respuesta ya hecha olvidamos que esta respuesta sólo puede construirse en base *a la lógica de esa psicosis*.

Entonces la Psiquiatría nos dice cómo es el "loco", el Psicoanálisis se propone dar cuenta de la verdad en juego en ese texto psicótico.

Pero no debemos obviar las caracterizaciones, las agudas observaciones de cada cuadro, su evolución, sus avatares. Sólo así podremos encontrarnos con uno por uno en su peculiaridad.

En este minucioso orden que la Psiquiatría sostiene Clérambault se destaca: 1) Por darle lugar propio a la *erotomanía* hasta ese momento en el desván de los "casos heterogéneos". De la mano de la erotomanía las mujeres irrumpen con *la pasión*. El estudia y colecciona casos de mujeres "apasiona-

das". Surgen las *Psicosis Pasionales.* 2) Su teoría del *automatismo mental.*

La pregunta de Clérambault es por el inicio de la psicosis, es por el antes del delirio, él busca los *fenómenos elementales:* el elemento primero que luego hará que se construya en su entorno la arquitectura delirante.

Y él dice algo que me parece importante subrayar quizá porque aquí encontramos una diferencia con cómo Lacan lee y retoma el fenómeno elemental. Para Clérambault los fenómenos elementales son *neutros, atemáticos, anideicos* (no conforme a una sucesión de ideas).

Pueden ser:

1. *Sutiles:* Interferencias que perturban el curso del pensamiento, no tienen contenido.

a) *positivos*

De intrusión: juegos verbales
estribillos
entonaciones bizarras
falsos reconocimientos
sentimiento de extrañeza
emoción sin objeto

b) *negativos:* desaparición de pensamientos
detenciones del pensamiento
perplejidad sin objeto

2. *Ideo verbales*: eco del pensamiento
también neutros y atemáticos

Gradualmente la tendencia a la verbalización va progresando, las voces se constituyen con cuatro características:

Verbales
Objetivas
Individualizadas
Temáticas

Para Clérambault hay un triple automatismo: *verbal, motor* y *sensitivo,* al cual se agregan el sensorial y afectivo. Todos experimentados como *fenómenos impuestos.*

Paralelamente se edifica el *delirio explicativo* es decir que el delirio sería una manera de hacer entrar el fenómeno elemental en la cadena significante, de argumentar algo que posibilite que ese cuerpo extraño deje de imponerse. Este delirio se construirá de acuerdo a 1) las tendencias anteriores de la personalidad, 2) las cualidades del automatismo mismo (si es motor, verbal o sensitivo).

Lo que De Clérambault no da cuenta pero sí enuncia es el carácter fundamental, *persecutorio* del automatismo mental. Es decir que lo que era atemático y anideico, cuando se vuelve (por el delirio) temático es básicamente *peyorativo, irritante, vejatorio* contra el sujeto. De Clérambault dice *"tendencia al escándalo sacrílego y obsceno"*.

Hablamos del superyó. Pero hoy sólo lo nombraremos. Ya volveremos a encontrarlo.

"La imperfección de los elementos neoformados, su incompletud engendra sentimientos de artificialidad, de extrañeza, la "no-anexión" y por ende la *xenopatía.* Aún cuando el cerebro elabore pensamientos se trata de una producción imperfecta, inferior y experimentada como ajena".

Es decir tenemos un sujeto que de pronto es afectado en su pensamiento, en su acción y/o en su sentir, por la *intrusión* de algo que no reconoce como propio. Algo que está de más, o algo que debería estar y no está, él intenta entonces darle un contenido, una *interpretación.*

El delirio es la interpretación que hace ese estudio del fenómeno elemental que se le automatizó. *

"¿Qué es esto del "eco del pensamiento", del que Clérambault hace el fenómeno positivo originario del automatismo mental, sino una perturbación en la relación del enunciado con la enunciación que emancipa una fuente parásita? El sujeto se descubre continuamente doblado por una emisión paralela que lo emancipa, lo acompaña o lo sigue, y que incluso puede no decirle nada: evanescente, muda, vacía, el sujeto en la posición de receptor no por eso deja de estar suspendido a ella", dice Miller. Concluye "que el emisor sea ahí el receptor, es lo normal, la perturbación puramente psicótica es que se experimente como tal".

* Paul Bercherie, *Los Fundamentos de la clínica,* Manantial.
Lectura de las Memorias de Schreber
Irrupciones: págs. 64-65, 217/8/ 9-220
Interrupciones: 91
Memorias de un Neurópata, Ediciones Petrel.

Este decir insensato es captado por la significación imaginaria transformándose en delirio.

Cuando esta enunciación se amplifica engendra voces que se desencadenan en lo real, con temáticas acusatorias. El sujeto se ve atravesado por mensajes e insultos, espiado, obligado a ejecutar órdenes que no comparte o inhibido de funciones (recuerden todas las que padece Schreber).

Ninguna de estas "producciones" las puede anexar a su yo, le son ajenas pero lo dominan, lo doblegan, lo mueven.

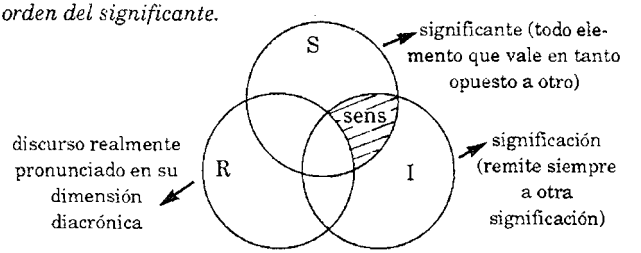
Lacan va a jerarquizar la teoría del fenómeno elemental elevándolo a *característica esencial de la estructura psicótica.* "La palabra impuesta es una emergencia que se impone al intelecto y no tiene ninguna significación concreta. Son palabras que emergen". Pero hay una diferencia fundamental entre Lacan y su maestro.

Mientras que para De Clérambault el delirio es la manera de otorgar un sentido posible a esta irrupción fuera de sentido de los fenómenos elementales, para Lacan el delirio es también un fenómeno elemental. Veamos cómo él lo dice:

"Lo importante del fenómeno elemental no es entonces que sea un núcleo inicial, un punto parasitario como decía De Clérambault, en el seno de la personalidad, alrededor del cual el sujeto haría una construcción, una reacción fibrosa destinada a enquistarlo, envolviéndolo, e integrarlo al mismo tiempo, es decir explicarlo, como se dice a menudo. El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es *también un fenómeno elemental.* Es decir que la noción de elemento no debe ser entendida en este caso de modo distinto que la estructura, diferenciada, irreductible a todo lo que no sea ella misma" (pág. 33).

¿Qué es entonces para Lacan lo que une el fenómeno elemental y el delirio, lo que es de estructura?

En este momento Lacan va a sostener que es una *falta en el orden del significante.*



"Hay que ligar el nudo de la psicosis a una relación del sujeto al significante".

"Todo se ha vuelto signo para él. No sólo es espiado, observado, vigilado, se habla, se dice, se indica, se lo mira, se le guiña el ojo sino que esto invade el campo de los objetos reales inanimados, no humanos".

Intuición delirante

En *Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica* podemos leer el desencadenamiento de un delirio a partir de algo —un ruido— que arbitrariamente o no (si seguimos la hipótesis freudiana del sentido del ruido) se hace signo, representa la confirmación de la sospecha para la sujeto.

Primero la sorprende un chasquido en medio de la escena amorosa con el compañero. Luego al bajar la escalera se topa con dos hombres uno de ellos llevaba un cofrecito o algo así en la mano. Al verla se secretearon algo. Ella construye el siguiente delirio: lo que llevaba el desconocido era una máquina fotográfica con la que la había fotografiado escondido detrás de la cortina en una situación comprometida.

Pero en la segunda visita de esta mujer a Freud él obtiene los datos preciosos de una intuición delirante anterior y que despejará la inteligencia del diagnóstico (paranoia con perseguidor del mismo sexo).

Ella había ido dos veces a la casa de este hombre. Después de la primera visita lo había observado hablando en la oficina con su jefa (una dama que tenía cabellos blancos como su madre). En ese momento nace en ella la *certeza* que él le estaba contando el encuentro amoroso del día anterior. El amado la traicionaba. Ella —su jefa— sabía todo.

Vamos a detenernos un momento en lo que Freud plantea en su correspondencia con Jung (25 F) acerca de las *diferencias de la proyección paranoica hacia el exterior con respecto a otras proyecciones.*

Quiero enfatizar un párrafo:

"a) No es que yo piense que la libido se retira del objeto real para arrojarse sobre la representación fantástica sustitutiva, con la que emprende luego un juego autoerótico en tanto tiene un objeto, ya sea este real o fantaseado. Creo, por el contrario, que la libido abandona la representación del objeto, la cual,

precisamente por ser despojada de la ocupación, que la ha caracterizado como interior, es tratada como una percepción y puede ser proyectada hacia afuera".

En este tema, muy apasionante y muy vasto, quiero por ahora acentuar dos puntos en el texto: las diferencias de proyección y el mecanismo propio de la paranoia. Nos volveremos a encontrar con estos temas.

Este tratamiento de la representación del objeto como percepción que proviene de afuera determina que sea vivida por el sujeto como que le concierne, está dirigida a él, le dice algo. Es decir conserva parte de lo que la hacía "interior" y la significación de ataque al yo.

Daniela está en tratamiento hace unos meses, su delirio organizado en torno a que ella fue elegida La Mujer de Dios la sitúa más allá de toda pregunta. Viene porque "yo también hablo la lengua de Dios", podría intermediar para que paren las voces que la martirizan; sobre mi escritorio tengo un cenicero de cristal con forma de pie. Daniela lo mira, me mira enojada y grita: "Vos me querés poner la pata encima".

Algo se ha vuelto signo, se dirige a ella, le concierne, el otro la ataca.

El psicótico ignora la lengua que habla. La pregunta que podemos hacernos siguiendo a Lacan en el *Seminario III* es por qué no sólo el inconsciente queda excluido para el sujeto, no asumido, sino por qué aparece en *lo real.*

Para pensar esto tenemos que partir de que detrás del todo proceso de verbalización neurótico hay una Bejahung primordial o juicio de atribución (previo al de existencia) que constituiría una admisión en el sentido de lo simbólico.

Esta admisión en el sentido de lo simbólico podría faltar. Lacan está trazando aquí las coordenadas que lo llevarán a situar el concepto de metáfora paterna y los efectos de su no inscripción en las psicosis.

Allí donde ese significante al que el sujeto apela no responde viene *al lugar* el *automatismo mental de palabras impuestas.*

Podemos encontrar muy tempranamente en Freud (1894) la diferenciación entre los mecanismos defensivos de la histeria y la neurosis obsesiva frente a la representación intolerable y una otra forma propia de la psicosis.

Para las primeras sostiene que la representación inconcilia-

ble si bien debilitada y aislada permanece dentro de la conciencia, mientras que para lo que él llama en ese momento psicosis alucinatorias existe una modalidad defensiva que consiste en que el yo desestima (verwerfen) la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiese existido.

Es interesante que aquí Freud puntúe que junto con la representación el yo se arranca un fragmento de la realidad objetiva a él entramada. Estamos ya en torno al agujero en lo simbólico.

En el *manuscrito H* Freud muestra en un caso clínico cómo el reproche interno es trasladado a una insinuación que viene de afuera. Con esto el juicio es mantenido lejos del yo y puede ser desautorizado. La idea delirante es sustentada con la misma energía con que el yo se defiende de lo insoportable.

"Así pues, aman el delirio como a sí mismos. He ahí el secreto".

En el *manuscrito K* propone la *desconfianza* (susceptibilidad hacia otros) como el síntoma primario "así se deniega creencia a un eventual reproche". Es esta denegación de la creencia lo que encontramos con Lacan en el concepto de in-creencia. Ya podemos ante estas aproximaciones de la mano de Freud en torno a este agujero preguntarnos entonces: ¿el aparato psíquico funciona para los neuróticos de la misma manera que para los psicóticos?

Para esto tenemos que remitirnos a la *Carta 52* (1896), a *Lo inconsciente* (1915) y al *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños* (1917).

Podemos situar premisas básicas:

a) La diferenciación radical entre inconsciente y preconsciente. La existencia de una barrera que impide que una representación pase de un sistema a otro. Sólo es posible que se realice una *Traducción* entre una representación de cosa que encuentre una representación de palabra que le traiga *a posteriori* una conciencia. Esta ligazón, este proceso de traducción es lo que está alterado en las psicosis.

b) Freud destaca en primer lugar las *alteraciones de lenguaje* en la esquizofrenia, alteraciones con un marcado sesgo hipocondríaco que lo llevan a hablar de *lenguaje de órgano*.

"En la esquizofrenia las *palabras* son sometidas al mismo proceso que desde los pensamientos oníricos latentes. Crea las imágenes del sueño y que hemos llamado *proceso psíquico primario.* Son condenadas y por desplazamiento se transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto en que una sola palabra, idónea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos".

Ya magistralmente Freud descubre que la represión no funciona en la esquizofrenia a la manera de las neurosis de transferencia, algo del proceso de traducción está alterado; "los esquizofrénicos tratan las cosas concretas como si fueran abstractas".

c) Sigamos con los interrogantes que va abriendo Freud en torno a las diferencias entre el aparato psíquico "normal" y el de la esquizofrenia, para ello lo diferencia del sueño.

En la esquizofrenia las palabras mismas en que se expresó el pensamiento preconsciente pasan a ser objeto de la elaboración por parte del proceso primario.

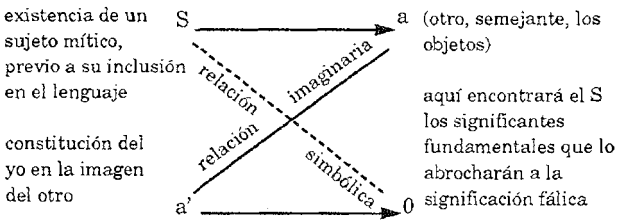
"El sueño conoce una regresión tópica, la esquizofrenia no, en el sueño está expedito el comercio entre investiduras de palabra (prec.) e investiduras de cosa (inc.), lo característico de la esquizofrenia es que este comercio permanece bloqueado".

Intervención Bernarda P.: Un paciente del hospital, contaba que un terapeuta con quien se atendía anteriormente le había sugerido que *cortara* la relación con su madre, con su tía y con su hermana, con quienes convivía. El deja de hablarles, luego les escribe mensajes, *los corta* y deja los papeles sobre la puerta de la heladera.

Hasta aquí una brevísima puntuación de lo que va a consistir en la teoría psicoanalítica las diferentes estructuras y sus distintos mecanismos en neurosis y en psicosis.

Apliquemos ahora un primer esquema de la constitución del sujeto y de la constitución del yo.

Observen que aún el sujeto como el Otro aparecen sin tachar. El Otro representa aquí el tesoro de los significantes y el lugar del inconsciente como deseo del Otro efectuando al sujeto.



Nos proponemos ir desplegando este esquema cuaternario, ir deteniéndonos en cada una de sus articulaciones.

Por empezar remarquemos la constitución especular del yo (a-a') como alienada en la imagen del otro.

"... el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación".*

Pasamos de la imagen fragmentada del cuerpo a la idea de totalidad anticipada en la precipitación de la identificación con la imagen del otro. En esta constitución del yo como "otro" donde hay dos lugares para uno solo, el yo se constituye como sede del desconocimiento y siendo *la agresividad* la tendencia correlativa a este modo de identificación (narcisista).

El deseo es por el objeto del otro. Serán las identificaciones edípicas lo que posibilitará al sujeto trascender esta agresividad constitutiva de esta primera individuación subjetiva.

Tenemos entonces la constitución del yo como alienada y la agresividad como correlativa a esta constitución.

Pero demos otra vuelta más: el niño ante su imagen en el espejo reacciona con júbilo buscando con su mirada a quien lo sostiene. Es por el sesgo del reconocimiento del Otro que debe pasar el del sujeto.

Es que esta constitución a-a' no se puede realizar sin el sostén simbólico del deseo del Otro.

Este niño debe haber podido metaforizar para su madre el Falo para que ella pueda introducirlo en el engaño básico de su consistencia imaginaria como completo; sin este lugar en el deseo del Otro el niño queda sin poder consistir en esta ilusión preliminar, queda como cuerpo despedazado, queda como "a" (resto caído y no causa de deseo).

Veremos más adelante como la no constitución en la imagen anticipada del otro trae como consecuencias la no constitución

* J. Lacan, *El estadio del espejo*, pág. 15.

del cuerpo como propio, la ausencia de agresividad como respuesta ante la invasión del otro, el fenómeno del doble, la desinvestidura libidinal del cuerpo (cuerpo como cáscara).

Intervención Bernarda P.: Lacan plantea la estructuración del *Moi* en *El estadio del espejo*, momento constitutivo. Podemos decir que el espejo, el lugar del espejo es un "mal lugar para el psicótico". La imagen del espejo: imagen que la palabra sostiene; al espejo se "lo puso donde se lo puso", sostenido por los dichos de la madre. Sin la nominación no hay espejo, cuando voy al espejo me encuentra con los dichos del Otro.

El júbilo ante la imagen que me promete una destreza futura —futura por el estado de premaduración— precipitación identificatoria que es posible para la anticipación yoica (que plantea Freud en el Hombre de los Lobos).

El hombre se aliena en su propia imagen (escisión yoica-yo/yo ideal) Lacan en *El estadio del espejo* va a decir que la estructura del conocimiento es paranoica. En el paranoico su propia imagen es su enemigo, en esa imagen congelada el sujeto no lee más que agresividad* de un semejante. Escucha su mensaje que viene de afuera, no cree que es su yo, es lo siniestro de la locura, lo familiar en lo extraño. La agresividad ligada así a la función de desconocimiento del yo.

"Lo que se manipula en el triunfo del hecho de asumir la imagen del cuerpo en el espejo, es ese objeto evanescente entre todos por no aparecer sino al margen: el intercambio de miradas..." El niño se vuelve del espejo a quien lo asiste.

Por lo que llama el principio paranoico del conocimiento humano, los objetos están sometidos a una ley de reduplicación imaginaria.

Por su estructuración "el yo es otro", por esto Lacan va a decir que el yo es "el pequeño paranoico" y subraya la función de desconocimiento.

Bibliografía

Bercherie, Paul: *Los fundamentos de la clínica*. Manantial
Lacan, Jacques: *Seminario III*. Las Psicosis. Paidós.
Schreber, Paul: *Memorias de un neurópata*. Ed. Petrel

* En la duplicación son dos para un solo lugar, de allí la agresividad.

Freud, Sigmund: *Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica.* Amorrortu. Tomo XII
Neuropsicosis de defensa. Tomo III
Manuscrito H. Tomo I
Manuscrito K. Tomo I
Carta a Fliess Nº 52. Tomo I
Lo inconsciente. Tomo XIV
Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. Tomo XIV
Freud, S./Jung, C.: *Correspondencia.* Taurus.
Castoriadis- Aulagnier: *"Observaciones sobre la estructura psicótica"* en Carpeta de Psicoanálisis I. Letra Viva.
Miller, J.A.: *Enseñanzas de la presentación de enfermos,* en Matemas I.

Teórico II:
Schreber. Lo nodal de la castración. El falo. Metáfora paterna. Metáfora delirante. La forclusión. El desencadenamiento de la psicosis.

Elida E. Fernández

Empezamos a transitar por estos enigmas que plantean las psicosis, la locura, intentando puntuar, de la mano de aquellos que se lo preguntaron, primero desde la Psiquiatría, *¿qué es lo específico de las psicosis?* No el delirio, tampoco las alucinaciones, menos el así llamado "alejamiento de la realidad" (ya Freud en 1924 en *Pérdida de realidad en neurosis y psicosis* afirmaba que el problema no es el de la pérdida de realidad, sino del resorte de lo que se sustituye a ella).

El primero que aporta una respuesta que luego será retomada por el psicoanálisis es De Clérambault. Lo específico de las psicosis son para él los *fenómenos elementales* (neutros, atemáticos, anideicos o sea sin sentido) fenómenos *impuestos* → automatismos mentales: *el sujeto es hablado intrusivamente por algo que no reconoce como propio,* luego hará una interpretación que dé un sentido (delirio) a esta intrusión.

Lacan en su *Seminario III* va a retomar este modo nodal para acercar su primera tesis sobre la psicosis: hay una alteración fundamental en la relación entre el sujeto y el significante.

Dentro de estas alteraciones podemos diferenciar:

Fenómenos
- 1) de código: neologismos; Grundsprache (lengua de fondo de Schreber)
- 2) de mensaje

1) Los lingüistas lo llaman mensajes *autónimos*, por cuanto es el significante mismo (y no lo que significa) lo que constituye el objeto de la comunicación.

Hay vacío en la significación.

2) Mensajes interrumpidos (en los que se sostiene una relación entre el sujeto y su interlocutor divino que tienen la forma de una prueba de resistencia).

Ahora voy a... [rendirme al hecho de que soy un idiota]

Debe usted por su parte... [ser expuesto como negador de Dios]

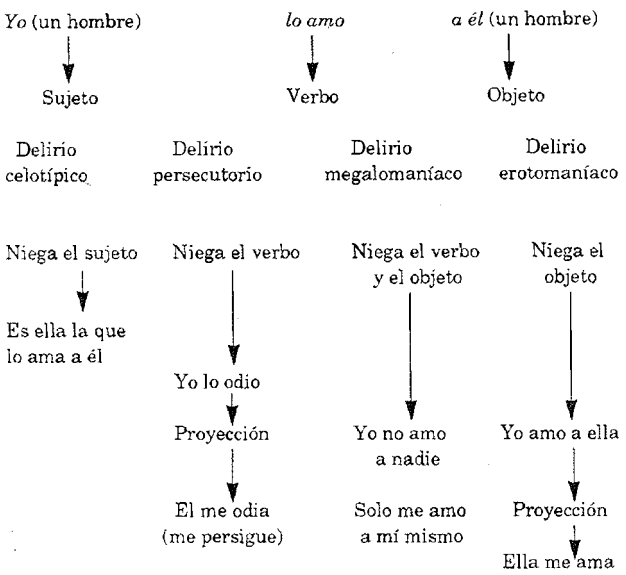
Voy a...

Lo que se escucha es la parte de la frase que indican la posición del sujeto a partir del mensaje mismo (*shifter*). Después de lo cual la parte propiamente léxica queda elidida.

Ambos fenómenos se presentan bajo la forma de *cadena rota*.

Esto es lo que podemos situar como lateral a Freud. En Freud, concurrente con este pesquisar la relación del sujeto al significante, nos encontramos en el análisis del caso Schreber de una deducción gramatical que presenta la relación del sujeto con el otro en la psicosis como los distintos modos de negar la proposición:

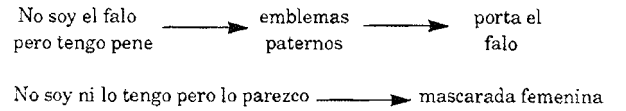
Yo (un hombre)		*lo amo*	*a él* (un hombre)
↓		↓	↓
Sujeto		Verbo	Objeto
Delirio celotípico	Delirio persecutorio	Delirio megalomaníaco	Delirio erotomaníaco



El delirio es el equivalente del fantasma en las neurosis, el psicótico lo ama (al delirio) como a sí mismo, puesto que, como decía una paciente que atendí: "Con él nunca estoy sola, es el único que me habla siempre, aún más cuando los de afuera se vayan o no escuchan".

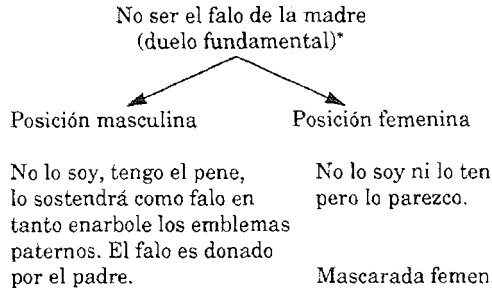
El "padre-delirio" sostiene al psicótico defendiéndolo del horror, de la desestructuración, del caos, de la fragmentación.

Con Freud nos encontramos con otro concepto fundamental: el *falo* como pivote simbólico que lleva a ambos sexos a ser atravesados por el complejo de castración. *La organización genital infantil* (1923- Tomo 19): "Sólo puede apreciarse rectamente la significatividad del complejo de castración si a la vez se toma en cuenta la fase del primado del falo". Así Freud instaura el complejo de castración en el *No ser el falo de la madre.*



Lacan en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* retomando la función del falo como evocada por la *metáfora paterna* nos ubica en el centro nodal de la castración.

A partir de esta articulación central del *No ser* los caminos de la sexuación se alinearán en torno a esto.



Freud, describía cómo estas posiciones aparecían plásticamente desarrolladas en las fantasías masculinas en torno a la heroicidad (recuerden la fantasía del Hombre de las Ratas en relación al supuesto marido de la amada, su victoria sobre él y su heroica retirada) y en las fantasías femeninas en torno al amor, a la conquista del hombre maravilloso, bueno, de todo eso que hace que las novelas de amor sigan consolando día a día las frustraciones femeninas.

Lacan dirá nacemos *a*, nacemos no siendo eso por lo cual advenimos a este mundo por la "ecuación niño = falo" (que no es una ecuación sino una metáfora). Nacemos como resto caído. ¿Constitución melancólica del sujeto? Pichon Riviere en nuestro medio coincidía (sin saberlo) con esta hipótesis cuando plantea la depresión como situación básica patogenética.**

*Es singular que Freud en su correspondencia con Jung afirme (22F): "En la paranoia le es retirada la libido al objeto, una inversión de ello es el duelo, en el que le es retirado el objeto a la libido".

**El objeto *a* es un operador lógico que toma su valor de los otros términos con los cuales se articula. No es lo mismo el *a* funcionando en el fantasma como objeto causa de deseo que el *a* caído como resto o el *a* como lugar al que puede advenir el psicótico o al que se identifica el S en el pasaje al acto.

Nacemos *a*, podemos ser investidos como metaforizando el falo, metonimizándolo en el caso de las perversiones o realizándolo como objeto real (una boca para alimentar-un ano para limpiar) en el caso de las psicosis. Este objeto puede aparecer como espacializado, como lo describió Bion en las psicosis nombrándolo "objeto bizarro" objetos formados por las partes proyectadas del propio cuerpo del paciente y que retoman como alucinación.

Volvamos a la constitución del significante Falo como efecto de la metáfora paterna (Bejahung primordial).

"No hay por supuesto ninguna necesidad de un significante para ser padre, como tampoco para estar muerto, pero sin significante nadie, de uno y de otro de esos estados de ser, sabrá nunca nada".

Sabemos que la pregunta ¿qué es un padre? o mejor aún, por la paternidad, atraviesa toda la obra de Freud y la respuesta que va abriendo surco y haciendo marca es que no se puede pensar al padre sin la muerte, y es la muerte del padre la que asegura la instauración de la Ley de prohibición del incesto. La organización de la cultura en torno de la Ley está efectuada por la muerte del protopadre.

Función, un padre cumpliendo esa función, deuda como resto de esta operación y el Syo como aquello que queda como no legislado; el Syo como lo no comprendido por la Ley transmitida por un padre. Deuda y Culpa.

Pero habíamos quedado en la metáfora.

Dice Borges: "En el libro tercero de la Retórica, Aristóteles observó que toda metáfora surge de la intuición de una analogía entre cosas disímiles; Middleton Murry exige que la analogía sea real y que hasta entonces no haya sido notada (*Countries of the Mind*, II, 4). Aristóteles, como se ve, funda la metáfora sobre las cosas y no sobre el lenguaje; los tropos conservados por Snorri son (o parecen) resultados de un proceso mental que no percibe analogías sino que combina palabras; algunas pueden impresionar pero nada revelan o comunican".

Para poder desarrollar la metáfora paterna tenemos que a partir del concepto *falo* en Freud designando el significante de la ausencia de pene en la madre, es decir, el significante de la falta en la que encarna al Otro primordial que aparece así marcada por la castración. Si venimos a este mundo por lo que Freud denomina la ecuación simbólica Falo= niño desde ya nunca el niño puede cubrir esta falta. Sólo puede, en el mejor de los casos, metaforizarla. Aquí volvemos a subrayar lo que tanto insiste en Freud hasta sus últimos escritos: la castración es no ser (el pene ausente en la madre).

Para que este significante se inscriba (Bejahung primordial) es necesario que el Nombre del Padre venga a suplir el Deseo de la Madre, marcando para este deseo otro objeto que el propio niño. Inscribe el significante de la falta en el niño, lo desata de ese lugar donde sólo el deseo materno le daría un signifi-

cado, para lanzarlo a la metonimia deseante.

Si tomamos la definición de metáfora como "la intuición de una analogía entre cosas disímiles" podemos pensar que el Nombre del Padre marca un otro lugar en el Deseo de la Madre en tanto que este Deseo apuntando al falo como significante no se obtura con el niño.

Si el resultado de la metáfora es la creación de un sentido nuevo vemos aquí que el resultado de la Metáfora Paterna es un sujeto afectado por la castración (en tanto no es el Falo de la Madre) y no un objeto que completa a la madre. En las psicosis no hay inscripción del significante falo, porque no opera la metáfora paterna. El niño queda arrojado a ser el objeto de goce de la madre. (Luego veremos el concepto de "sujeto muerto" en las psicosis).

Entonces partiendo de la fórmula de la metáfora.

Fórmula de la metáfora o sustitución significante

$$\frac{S}{S'} \cdot \frac{S'}{x} = S\left(\frac{1}{s}\right)$$

S= significantes
x= significación desconocida
s= significado inducido por la metáfora
Tenemos:

$$\frac{N.P.}{D.M} \cdot \frac{D.M.}{X} = S\left(\frac{A}{Falo}\right)$$

Se lee: el Nombre del Padre es al Deseo de la Madre, como éste al significado del sujeto, suprimiendo el término en común en ambas proposiciones (Deseo de la Madre) lo que resulta es una nueva significación: que a ese sujeto se le inscribe en el Inconsciente el significante de la falta en el Otro, falta que él no obtura pero que lo lanza en el camino del deseo.

Si al llamado del N. del P. responde, no la ausencia del padre real sino la carencia del significante mismo —Verwerfung— se articula como la ausencia de esta Bejahung o juicio de atribución que Freud establece como precedente necesario a toda aplicación posible de la Verneinung, que le opone como juicio de existencia.

"La Verwerfung es la forclusión del significante. En el punto donde es llamado el N. del P. puede responder en el Otro un puro y simple agujero el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica".

"La metáfora Niño→Phallus tiene su raíz en los caminos imaginarios por los que el deseo del niño encuentra cómo identificarse con la carencia en ser de la madre a la cual por supuesto ella a su vez fue introducida por la ley simbólica en que esta carencia (falta) está constituida".

Cuando falta esta metáfora fálica el hombre queda sin soporte en su cadena significante e intentará resolverlo, como nos muestra Schreber, con la reconstrucción delirante y/o con el cumplimiento de la *emasculación.*

El horror de la no inscripción de la castración, el quedar fuera de la filiación posible, se transforma en compromiso, decisión irrevocable y luego promesa de redención: *ser La mujer de Dios.*

"A falta de ser el falo que falta a la madre le queda la solución de ser la mujer que falta a los hombres".

La enfermedad de Schreber comienza con una idea que tiene entre el soñar y el despertar.

"Era la idea de que a pesar de todo sería algo muy bello el hecho de ser una mujer en el momento que es penetrada por el hombre". *Memorias* (pág. 53).

No hace falta apelar a ninguna hipótesis de homosexualidad. No se trata de eso. Es el-empuje-a-La mujer como alternativa a la elisión del falo que lo arroja a la muerte de la represión tópica del *estadio del espejo.* La muerte del sujeto.

El Dios de Schreber ha perpetrado en él el asesinato del alma, el propio Dios había degradado el orden del Universo. Se establece la lucha desigual entre este hombre débil y solo y Dios. Lee en el periódico el anuncio de su propia muerte: era una advertencia: jamás habría de retornar a la sociedad humana. "Soy el primer cadáver leproso y llevo un cadáver leproso" (pág. 104), horror de la regresión mortal a lo especular sin el sostén del deseo. Un resto muerto que se mira en otro resto muerto.

Dice Schreber: "Quisiera que me mostraran a alguien que frente a la alternativa de volverse loco sin perder sus atributos masculinos o volverse mujer pero sana de espíritu, no optara por la segunda solución".

Este Dios que no otorga siquiera el derecho natural de no pensar en nada, que no puede aprender nada de la experiencia, que no puede captar al ser vivo, ciego para captar la naturaleza humana, este Dios se compromete con Schreber en un sistema de conexión nerviosa exclusiva: "... me he convertido para El, en cierto sentido simplemente en el Hombre, o sea el ser humano único alrededor del cual gravitan todas las cosas y al cual hay que referirlo todo: y que El mismo, a su vez se verá obligado a referir todas las cosas a sí mismo".

Y este precioso lugar en este Dios, él lo logra a través de su femeneización ya que ha descubierto que "todo lo que es femenino ejerce sobre los nervios de Dios un efecto de atracción".

Pero no es posible cavar la falta en este Otro, este Dios exige un estado constante de goce y su fin último es el aniquilamiento. No hay inscripción de la falta. Tan sólo lucha a muerte, muerte del sujeto, del Universo, de la razón.*

Entonces en función de esta hipótesis fuerte sobre la psicosis en el Lacan de este momento... "porque es en la relación del hombre con el significante donde este drama (de la psicosis) se sitúa" va a puntuar que para que *la psicosis se desencadene* es necesario que el N. del P. forcluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto.

Se llama a un significante y éste no acude. El llamado produce, ante la impotencia de no poder responder, el desfallecimiento, la función no opera, se rompe la cadena, la realidad se organiza siguiendo otra lógica.

Abolida la función de la represión posibilitada por la metáfora se deshace el encadenamiento significante, se pierden las diferencias, se pierden la relación entre S_1 y S_2 y en lugar del sucesor no adviene sino un agujero donde operará la alucinación y el delirio a modo de restitución.

"Búsquese en el comienzo de la psicosis esta coyuntura dramática. El N. del P. redobla en el lugar del Otro el significante mismo del ternario simbólico, en cuanto que constituye la ley del significante".

Entonces tenemos hasta aquí el siguiente recorrido:

1) En el *Seminario III* Lacan privilegia los efectos del lenguaje para diagnosticar las psicosis, la función paterna comienza a centrarse como carretera principal, aquella que cam-

* Lecturas de las Memorias de Schreber.
Evíración, págs. 72, 73/136, 137/179/180/278.

bia el nombre de las calles por su ubicación con respecto a ella, el déficit en lo simbólico sería lo propio de esta estructura.

"La carretera principal es así un ejemplo de lo que digo cuando hablo de la función del significante en tanto que polariza, aferra, agrupa en un haz a las significaciones" (Lacan, *Seminario III*, pág. 616).

2) En *Acerca de una cuestión preliminar...* se especifica la fórmula de la metáfora paterna. Fiel a los conceptos freudianos fundamentales Falo-castración, Lacan llega a precisar la Bejahung primordial como inscripción del Nombre del Padre. Su ausencia, convocada por el llamado a un significante que lo represente frente a otro significante, desencadena la psicosis.

Pero aún esto resulta insuficiente. Neologismos... el mismo Lacan los produce en cantidad... y las licencias poéticas hacen equivocar muchas orejas.

La ausencia de metáfora paterna... Aquí acordamos en que nos hallamos ante algo propio y común a todas las psicosis. Pero... ¿cómo dar cuenta de las diferencias entre una esquizofrenia y una paranoia? ¿Qué hace que uno apenas esboce un delirio y el otro nos convenza con la lógica casi impecable de su razonamiento? ¿Cómo dar cuenta de lo deshilachado y balbuceante del hablar esquizofrénico en comparación con la armada personalidad del paranoico?

¿Cómo pensar una clínica diferencial de las psicosis?

¿Qué implica que ante la ausencia de la función de la metáfora paterna el individuo queda arrojado al sentido que le da el Deseo de la Madre?

¿Qué pasa con el Deseo de Madre al que queda adherido el psicótico?

¿No es allí donde deberíamos buscar las diferencias entre los distintos cuadros?

¿Qué pasa en *el estadio del espejo* entre ese niño y esa madre para que uno constituya una personalidad (paranoia) y otro haga una catatonía, escultura viva de un cadáver del que sólo puede emerger en un intento de asesinato?

Muchos interrogantes, como ven. Algunos intentos de respuesta. Vamos a pensar ahora desde un relato clínico, escuchemos qué dice Jaime.

Jaime. 8/5/32

Primer hijo. Tiene dos hermanos más. Sus problemas empiezan a aparecer a los 24 años en relación a su falta de erec-

ción. No tiene relación con mujeres. Esto es lo que preocupa a la familia. Un día el hermano decide traerle a una puta a la casa y organiza todo para que se queden solos.

Intenta funcionar como UN-Padre. Jaime incendia la casa. Organiza un delirio persecutorio. Es internado en el Borda. El tratamiento empieza en 1970 y dura hasta 1974.

Quiere cambiarse el nombre ya que no puede ser hombre porque le falta un pedazo (alude a la circuncisión) quiere ser una mujer, dice que tiene "la regla", se lava en el bidet como las mujeres, va permanentemente al baño a mirarse, espera verse transformado en mujer.

Dice que su madre "lleva un bombo con un embarazo de un pibe de 38 años así de grande".

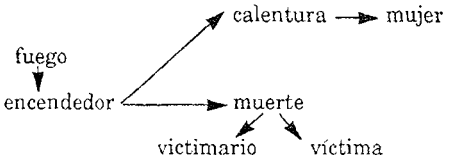
Me regala con el dinero que junta trabajando en las oficinas del Borda un encendedor Ronson "para controlar el fuego". Inmediatamente se compra él otro igual "para que estemos iguales". Fuma la misma marca de cigarrillos que yo. A fines del 70 tiene relaciones sexuales por primera vez.

Fragmento de una sesión:

"El otro día llamo a una mujer que es de la barra de la colectividad y me dice que uno de los muchachos, la sobrinita había muerto de un año porque se había quemado, la sirvienta le había dado otra caja de fósforos para que jugara y se quemó y ella me dijo si porque yo le había dejado al padre de esta chica una cartera de *rafia* y ella me hizo notar la palabra *rafia* y eso me cayó como una patada. Había querido incluir la palabra *rafia*. Yo no soy ningún excelso pero de pronto que me haya dicho la palabra rafia, no?

No dijo una cartera...
Dijo cartera de *rafia*.
Me puse mal".

Elegí este fragmento porque me pareció interesante mostrar la ruptura de la cadena significante-significados.



Para pasar al *signo* "Dijo rafia". Por el camino de la rafia organiza una posición paranoica y deja de escuchar. Desaparece el relato de la nena quemada. Pasa a ser él defendiéndose de una mujer que lo quiere joder. *Rafia* es para él pleno de sentido, nada puede agregar a esta palabra que para él lo dice todo, no hay dialéctica posible. Ahí la escucha del neurótico encuentra un tope que lo angustia. La angustia en el tratamiento con psicóticos queda del lado del analista.

Bibliografía

Freud, S.: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descripto autobiográficamente.* Tomo XII
La organización genital infantil. Tomo XIX

Lacan, J.: *El estadio del espejo como formador de la función del yo ("je") tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos*
La agresividad en psicoanálisis. Escritos.
De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos II.

Nasio, Juan David: *Los ojos de Laura.* Amorrortu.

Borges, J.L.: "La Metáfora" en *Historia de la Eternidad.* O.C. Emecé

Teórico III:
La negación (Freud-Hegel) Bejahung primordial. Lo real y el sinthoma. Nudo borromeo. La caída del cuerpo. La ausencia de agresividad ante la intrusión del semejante.

Elida E. Fernández

Decíamos la reunión anterior que en este intento de situar lo propio de la psicosis, Lácan halla un punto fundamental en la no inscripción de la metáfora paterna. Esto no implica describir a las psicosis como un déficit de la neurosis ya que esta falta de inscripción va a dar lugar a efectos que deben leerse en una otra lógica, entre ellos el empuje a La Mujer sin tachar, escuchable en las formas de la esquizofrenia paranoide y de la paranoia. Delirios en los hombres como el que tan magníficamente nos describe Schreber, delirios en mujeres como el de ser La Virgen, La Diosa, La Elegida por Dios.

Se sostiene este significante, "La Mujer", ausente en las neurosis y donde se lee la ausencia de toda falta que articule la sexuación. En su lugar un delirio los ubica más allá.

La ausencia de metáfora paterna es correlativa con la no inscripción de la afirmación primordial (Bejahung). Entonces lo que debería estar afirmado es recusado de lo simbólico y aparece desde lo real.

Para aclarar más este punto vayamos al texto de Freud, *La negación.*

Primero una aclaración:

A veces se escucha que una manera de entender este concepto es borrar todos los *NO* del discurso, con lo cual quedan englobadas también todas las negaciones, aún aquellas que sostienen una respuesta a cierta demanda del otro. No toda negación es una desmentida sino aquella que tiene la estructura de enunciar aquello que si no fuera por la fórmula de la negación no podría aparecer en la conciencia.

Dice Freud: la negación es un modo de cancelación de la represión no una aceptación de lo reprimido.

La negación es la *marca* de la represión en el discurso.

Juicio → de atribución (de propiedad a una cosa)
Juicio → de existencia (de una representación de la realidad)

1) Yo-placer → bueno = lo que pertenece al yo
1) Yo-placer → malo = ajeno al yo = afuera

El yo primitivo regido por el pp. de placer quiere introyectar en sí todo lo bueno y expulsar lo malo. Sería la introyección del primer atributo simbólico lo que afirmará (Bejahung) su existencia. Este primer atributo es el significante del Nombre del Padre. De este padre originario no se escucha salvo cuando su ausencia hace sus estragos en las psicosis.

Es interesante mencionar aquí el tema del *odio*. Por un lado se escucha que el odio sería la contracara del amor. Sin embargo si situamos su origen es precisamente en este primer juicio de atribución donde queda delimitado como lo exterior, lo expulsado, lo no reconocido como propio, *previo* a la relación amorosa con el objeto y mucho más pensable del lado del *ser*.

Creo que este es un sesgo muy fecundo para pensar ciertos aspectos de las psicosis. Por un lado de ausencia de agresividad constitutiva del yo (en su matriz siendo siempre el otro) que veremos más adelante como "sospechosa" de psicosis. Por otro lado la presencia de la agresión como efecto de la pulsión de muerte.

Encarnado por ejemplo en Aimée que no reacciona ante la intrusión de su hermana en su casa e intenta asesinar a la actriz con la que había organizado un delirio, o el crimen de las hermanas Papin admirablemente instalado en la literatura de

la mano de Jean Genet con *Las criadas*.

Christine y Lea entraron a trabajar en la casa de la familia Lancelin siete años antes del crimen. En los interrogatorios policiales ninguna parece tener ningún reproche contra sus amos. Repite cada una lo mismo: "Si hubiera tenido alguna queja me habría marchado".

Ante la pregunta: "¿Estimaba usted a sus patronos?" Lea responde: "Mi hermana y yo les servíamos, eso es todo".

El crimen fue relatado por ambas hermanas inmediatamente después de cometido y sin omitir detalles: "Salté sobre la señorita Genevieve y le arranqué los ojos. Al mismo tiempo mi hermana Lea se lanzó contra Mme. y le arrancó también los ojos. Entonces las dos cayeron al suelo. Yo bajé a toda velocidad a la cocina y cogí un martillo y un cuchillo. Con estos dos instrumentos mi hermana y yo nos encarnizamos con nuestras dos amas y les pinchamos con el cuchillo en la cabeza y les cortamos el cuerpo y las piernas".

Más adelante, en su declaración, Christine dice: "No me arrepiento de nada, o quizá no puedo decir si me arrepiento o no me arrepiento de nada, no lo sé, pero sí sé que prefiero haberme cargado a mis amas antes de que ellas nos liquidasen a mi hermana y a mí".

Creo que el mayor horror se produce aquí por la ausencia de delirio. Ninguna de ellas intenta justificar su crimen, argumentarlo y calmar así nuestros espíritus. El crimen aparece allí sin ningún recubrimiento imaginario, esos cuerpos despedazados, esos ojos arrancados no remiten más que a sí mismos. En el juicio están en semi mutismo, su único ojetivo expreso es *estar juntas*. No les falta historia: padre borracho y madre dura y demandante, amenazas continuas de caer en la "Asistencia Pública" confiadas a horribles orfelinatos y sin embargo, ¿por qué ese crimen?

Un periodista de la época —1933— escribe: "Quisiéramos entender, pero es inútil intentarlo. Se trata más que del horror del doble crimen, de ese carácter alucinante del caso, del denso misterio que lo envuelve".

Después de una breve deliberación el jurado condenó a muerte a Christine y benefició a Lea con diez años de trabajos forzados y veinte de residenciación.

La ciencia no pudo dar cuenta de ninguna anomalía que pusiera razón a este acto que ellas se empeñaban en sostener fuera del sentido y sin angustia.

Lo real, lo imposible de simbolizar, el crimen sin palabras quedaban allí denunciando la impotencia de dar cuenta de ese drama humano.

También podemos recordar acá la pregunta que se hace Freud en *El malestar en la cultura* acerca del origen de la agresión del Syo y su respuesta: la agresión del Syo es la agresión a la *autoridad paterna degradada* y también sabemos de la prevalencia del Syo en la psicosis.

Bueno, volvamos al texto *La negación.*

2) Yo-realidad: ya no se trata de si algo percibido debe ser acogido o no en el interior del yo, sino de si algo presente como representación dentro del yo puede ser reencontrado también en la percepción realidad.

El pensar reproduce en la representación algo que alguna vez fue percibido para lo cual no es necesario que el objeto siga estando ahí afuera. El fin primero del examen de realidad será entonces *reencontrar* el objeto.

Para que se instituya el examen de realidad tienen que haberse perdido objetos que antaño procuraron una satisfacción objetiva (real). El juzgar es el ulterior desarrollo de la inclusión-expulsión del yo que originalmente se rigieron por el principio del placer.

Hegel introduce el concepto de negatividad encarnada por la acción humana. Lacan, retomando a Hegel, nos muestra que a través del entendimiento basado en la negatividad una entidad concreta (un elefante particular) se transforma en concepto universal ("elefante") que se encarna en palabra.

La palabra crea así una realidad autónoma.

"El concepto llega para reemplazar a la cosa, es el concepto el que hace que la cosa está allí, aún no estando allí".

Que la palabra es la muerte de la cosa es decir que la cosa está irremediablemente perdida para el ser que habla es lo que "se olvida" al hablar. Este "olvido" es el núcleo de la represión primera y la negación su marca en el discurso.

1° juicio de atribución

↓

2º juicio de existencia

Correlativamente al juicio de atribución del objeto primordial de satisfacción (la cosa) *das ding* queda perdida ya que de

él sólo se afirmarán sus atributos vinculados al placer (Bejahung) con los cuales se identificará el yo primero regido por el principio de placer. Lo exterior se constituye con lo expulsado displacentero (ausstossung). Pero el objeto como tal no está ni adentro ni afuera sino perdido. Esta pérdida es la que conduce a la prueba de realidad.

Tras la pérdida del objeto primordial, el yo regido exclusivamente por el pp. de placer busca reencontrarse con el objeto perdido por la vía de la alucinación-identidad de percepción. Este camino propio del *proceso primario* llevaría a la muerte. La supervivencia del yo exige un apartamiento de la compulsión del principio de placer y la realización de un rodeo que permita acceder a una satisfacción sustitutiva. Así el objeto de cualquier elección será un sustituto desplazado del objeto perdido.

Dialéctica Bejahung - Ausstossung
(aff. primordial - expulsión)

Negación (tiene como condición lo anterior)

aufhebung: lo que suprime y conserva a la vez

En la psicosis en lugar de la dialéctica Bejahung - Ausstossung se produce en su lugar una forclusión o rechazo (Verwerfung). No hay en la psicosis creación del símbolo de la negación sino negativismo.

La Bejahung (juicio de atribución) se refiere a las propiedades de la afirmación primordial mientras que *la creación simbólica de la negación* se refiere a aquello que a través del juicio de existencia permite al sujeto un acceso al objeto substituto y así es un hecho de palabra.

Así el símbolo de la castración o bien puede quedar: 1) del lado de lo simbólico (Bejahung) o 2) queda del lado de lo real (Verwerfung) "lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo real" y lo que aparece en lo real no está a disposición del sujeto, es decir éste no puede operar dialécticamente con ello.

Lo que está forcluido en el sujeto como N. del P. tiene por efecto hacer existir *La Mujer*, significante normalmente forcluido en las otras estructuras.

Sigamos avanzando en la obra de Lacan en relación a nuestro tema. Intentamos abordar un punto del *Seminario XXIII* sobre Joyce, *El sinthoma*.

Lacan hasta aquí ha ubicado como real central el "no hay relación sexual", eje del psicoanálisis, lógica de la sexuación.

En "La tercera" va a dar cuatro formulaciones de *lo real* que es lo que más ocupa a Lacan a medida que avanza su obra.

1) lo real es lo que vuelve siempre al mismo lugar.
2) lo que no cesa de no inscribirse (como lo imposible de la modalidad lógica).
3) no es alcanzable por la representación. Sólo el significante introduce una falta en lo real. A lo real no le falta nada.
4) no es universal.

A partir de definir así lo real toma el tema del S_1 como aquél que está separado de la cadena significante y que por ende no se articula con ningún efecto de sentido, en esto es homólogo, no idéntico, con el objeto *a* estructuralmente también fuera de sentido. El S_1 en ocasión de articularse con un S_2 puede *hacer sentido*.

Ya en el *Seminario XIX* 0 peor... Lacan comienza a trabajar con el nudo borromeo, esto implica una equiparación de los tres órdenes cuyo anudamiento constituye la estructura, teniendo cada uno de ellos la misma jerarquía de los demás. Lo determinante es la forma en que se anudan.

La introducción de un *4to. término* indica la posibilidad de un anudamiento estable de los tres registros. La metáfora paterna cuenta también con 4 términos; el 4to. es introducido por el redoblamiento del significante del deseo de la madre que será el sustituido por el Nombre del Padre y así permite el surgimiento del Deseo de la Madre como significación fálica.

Lacan sitúa el 4to. nudo como el N. del P. definido como S_1, el N. del P. que nombra, haciendo acto de nominación.

Este 4to. nudo puede ser ocupado por todo aquello que posibilita un anudamiento estable entre R, S, I.

¿Qué pasa cuando hay forclusión del N. del P.? Lacan enseña que esto puede ser suplido mediante tres términos.

1) el sinthoma (en Joyce es la escritura)
2) el hacerse un nombre
3) el ego

El 4to. término es a la vez las tres nominaciones.

Podemos así pensar que algunos de los N. del P. en plural son:

1) Complejo de Edipo
2) Realidad psíquica
3) Sínthoma
4) Hacerse un nombre

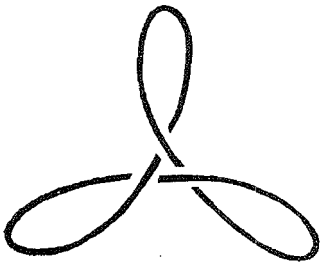
} S_1 no producen significación } Suplencia o compensación del fallo del nudo propio de la psicosis

5) El ego

tres formas de nominación (N. del P)
- 1) imaginaria → inhibición
- 2) simbólica → síntoma
- 3) real → angustia

La falla en el nudo puede instalarse entre S y R, entre R e I, y entre S e I.

En Schreber la suplencia del N. del P. como 4to. nudo no se ha producido, la forclusión del N. del P. lleva a la consolidación de un nudo de tres propio de la paranoia.



Detengámonos en el tema del *EGO* (nominación como imaginaria) que remite al *cuerpo*. Lacan define al *ego* como la idea de sí mismo como cuerpo, idea que exige la presencia de la imagen especular, narcisista. Peculiarmente podríamos decir que el yo de Joyce se presenta como un i (a) sin el i (hábito).

El redondel de lo imaginario se desliza y lo real no se anuda a lo simbólico.

Moi i (a)
ego *a* sin i (no hay efecto de agalma)

Dice Lacan en *Le sinthome:* "La forma de dejar caer en relación con el cuerpo propio debe ser muy sospechosa (de psicosis) para un analista". El cuerpo puede caer como resto, como cáscara, como vestimenta abandonada, deshecho. Al dejar caer el i que orna el a nos encontramos con una falla en el revestimiento narcisista del yo mismo. Esto tendría como uno de sus efectos *la ausencia de agresividad frente a la intrusión del semejante.*

Esto lo vamos a trabajar tomando como referencia el artículo de Philippe Julien *Lacan y la Psicosis*, de allí vamos a tomar:

- Aimée 1932
- Lol V. Stein (*El arrebato* de M. Durás) 1965
- Joyce 1974

Aimée

Lo que Lacan llama en este caso un acontecimiento decisivo es *la intrusión de su hermana* mayor luego del nacimiento de su niño, apropiándose de la dirección de su hogar y haciendo de madre de su sobrino.

Lo asombroso es que A. no reacciona, no hay *agresividad* entendida aquí como *rivalidad fraterna,* capacidad de lucha, de cólera, de competición por hacer valer su derecho, mantener su propio lugar y se mide con el poder decir no en respuesta *a la intrusión destructiva de un semejante.*

Aclaremos que esto es una ausencia de respuesta y no una represión o una inhibición neurótica, ni siquiera una política.

No podemos pensar que A. carece de agresividad, el pasaje al acto asesino contra Mme. Z. lo revela.

Sin embargo no aparece nada de esto contra su hermana. Nos encontramos aquí con una metamorfosis de la relación del sujeto con su semejante, establecida en la fase del espejo. *La agresividad es constitutiva del yo.*

Lol V. Stein[*]

La novela parte de un acontecimiento traumático: la noche del baile en T. Beach durante el noviazgo de Lol con Richardson, éste queda fascinado con Ane Marie con la que acaba de bailar (ante la mirada de Lol), y la abandona definitivamente.

Lol no dice su dolor, nada de afecto, de celos, de reproches, de lucha, de enfrentamiento directo para conservar su lugar.

"A medida que avanzaba la noche, parecía que las posibilidades de sufrir que Lol pudiera tener habían incluso disminuido, que el sufrimiento no había encontrado en ella donde deslizarse, que había olvidado el viejo álgebra de las penas del amor".

Hay un dolor *omitido*. No hay sujeto para ese dolor.

¿Cómo piensa Lacan esto en 1965?

La imagen narcisista, la imagen amada de sí es el *hábito con el cual el Otro nos recubre con su amor.*

Fase del espejo

a) El niño por la propia visión de su semejante recibe del otro (a) la imagen causal; matriz de su imagen especular.

b) 1953 agregado a partir de la construcción del Esquema óptico: *este engendramiento por la visión está condicionada por una palabra del Otro,* hay proyección imaginaria en la imagen del otro porque hay introyección simbólica de un trazo ideal en el Otro por la palabra.

Si la escena del baile es traumática es porque ella deja aparecer por el arrebato del "vestido" del amor de R. lo que siempre había estado allí.

La amiga de la infancia de Lol dice de ella: "Daba la impresión de soportar con un sosegado fastidio a una persona a quien debía parecerse pero de la que se olvidaba a la menor ocasión. Aureola de dulzura, se descubrió muy pronto que también de indiferencia, nunca pareció sufrir ni sentirse apenada, nunca se le vio una lágrima de muchacha".

[*] Lol V. Stein
"Loca.
Detenida en este baile de S. Thala. Se queda allí. Es el baile lo que crece. El hace círculos concéntricos alrededor de ella, cada vez más grandes. Ahora este baile, los ruidos de este baile han llegado a Nueva York. Ahora, Lol V. Stein está a la cabeza de los personajes de mis libros. A pesar de todo, resulta curioso. Ella es la que "se vende" mejor. Mi pequeña loca". M. Duras, *La vida material.*

La *imagen-hábito* que reviste a Lol está vacía, *sin cuerpo* adentro para llevarla y sostenerla, no es matriz de un cuerpo sentido, morfogenia de un yo propio. *Ella es sin consistencia.*

Así en 1966 Lacan pone el acento del *estadio del espejo* sobre *la inversión de la mirada entre el niño y el adulto que lo sostiene. Se trata de otra génesis de la imagen del cuerpo.*

Quizás aquí podamos explicarnos esta fórmula lacaniana de que somos nuestro hábito. *"El hábito hace al monje"* entendido aquí es el vestido del amor del Otro que le otorga un lugar en el conjunto de los significantes. "Eres alguien preciado para mí, por lo tanto te revisto de mi deseo, te hago el mejor vestido y en eso consistes con tu cuerpo, ocupas un lugar en mi deseo y por lo tanto en el mundo".

Pero escuchemos lo que dice de Lol su autora: "Durante el baile de S. Thala, Lol V. Stein está tan absorta en el espectáculo de su novio y de esta desconocida de negro, que se olvida de sufrir. No sufre porque se la haya olvidado y traicionado. Lo que la enloquecerá es la supresión del dolor. Se podría decir de otro modo, se podría decir que comprender que su novio vaya hacia otra mujer, que acceda completamente a esta elección que se hace en contra de ella, y que pierde la razón por este mismo hecho. Es un olvido. Hay un fenómeno que existe en el hielo. El agua, de helada pasa a cero grados y alguna vez ocurre que el aire se queda tan inmóvil mientras hace frío, que el agua se olvida de helarse. Puede descender hasta menos cinco. Y helarse".

Joyce

Desde Aimée, desde Schreber, Lacan aparece ocupándose de la relación del hombre con su cuerpo.

"Esta imagen confusa que tenemos de nuestro cuerpo es la condición, (sin hacer en ella la causa, de orden simbólico) del afecto, soy tocado, interesado, afectado, narcisísticamente gracias a la relación imaginaria, hay algo que se afecta, que reacciona, que no es desplegable, es decir mi cuerpo no me es extraño: lo tengo en el sentido latino del verbo habeo, lo soporto, lo siento y soy susceptible a él".

En Joyce la relación imaginaria cae. En *Retrato de artista adolescente*, en el relato autobiográfico de una paliza que había recibido dice:

"Se preguntaba por qué no guardaba mala voluntad a aquellos que le habían atormentado. No había olvidado lo más mí-

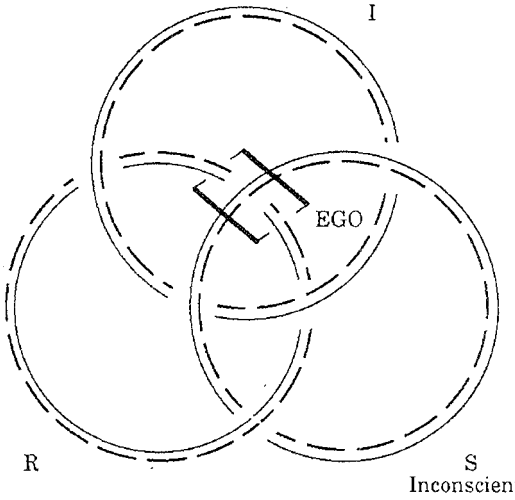
nimo su cobardía y su crueldad, pero la evocación del cuadro no le excitaba al enojo. A causa de esto, todas las descripciones de amores y odios violentos que había encontrado en los libros le habían parecido fantásticas. Y aún aquella noche, al regresar vacilante hacia casa a lo largo del camino de Jones, había sentido que había una fuerza oculta que le iba quitando la capa de odio acumulado en un momento con la misma facilidad con la que se desprende la suave piel de un fruto maduro".

Hay desprendimiento de su imagen como una piel, Joyce se relaciona con su cuerpo como un objeto extraño*.

"La forma de dejar-caer de la relación con el propio cuerpo es completamente sospechosa para un analista".

El dejar caer el cuerpo propio daría cuenta de que el yo no tiene función narcisista, hay deficiencia de la relación imaginaria i(a).

El anillo imaginario no anuda al S y al R (que sí permanecen anudados entre sí).



* Recomendamos la lectura del cuento de Joyce, "Evelina", en *Dublineses*.

Pero el *ego* puede tener una función distinta a la narcisista: la de corrección de la relación faltante entre lo simbólico y lo real.

La función reparadora del ego en Joyce es la *escritura enigmática* que sirve de cobertura a su crisis y rompe las palabras, las descompone. Lacan plantea para esto dos hipótesis:

1) o bien intenta liberarse por este tipo de escritura del "parásito de la palabra"

2) o consiste en "dejarse invadir por las propiedades del orden esencialmente fonémico de la palabra, por la polifonía de la palabra".

Con Aimée, Lol V. Stein y Joyce hay una falla en la relación imaginaria si se entiende por esto una exclusión recíproca con la tensión agresiva que implica. *La ausencia de este afecto es un dejar hacer a la intrusión del semejante.* Un día a este dejar hacer sin afecto (proviene de un dicho de la lengua) se agrega otro: la intrusión de palabras, pero ésta con afectos muy sentidos.

La relación imaginaria con el semejante enlaza la *imagen-hábito y la sensación de tener un cuerpo,* tiene por función filtrar y amortiguar el peso y la constricción lenguajera de la relación A— S

¿Cómo responder a esta intrusión lenguajera?

Pasando de la pasividad a la actividad literal. Lo intenta Aimée cuando escribe novelas, Schreber escribiendo su alegato y Joyce que triunfa allí donde los otros fracasaron, creando los enigmas fuera de sentido.

Tener un cuerpo implica el enlazamiento de los tres órdenes, por esta consistencia tenemos un cuerpo.

Antes del nudo borromeo en Lacan hay supremacía de lo simbólico sobre lo imaginario. Con el nudo borromeo hay equivalencia de las tres consistencias: *la supremacía está abolida en la estructura borromea.*

Sucede que a un sujeto se le aparezca su imagen total o parcial sin soporte del espejo, o bien que su imagen adquiera autonomía y funcione independientemente del cuerpo apareciendo en lo real a su lado, o también que cuando se mira ninguna imagen aparezca en el espejo, éste queda transparente. Esto da cuenta de una *disyunción*

cuerpo - imagen.
(a) (i)

La afinidad del *a* con su envoltura plantea dos cuestiones:
— que no haya ningún cuerpo bajo la vestimenta
— ¿qué vestimenta tiene el cuerpo?

Este punto es donde podemos articular las coincidencias y las diferencias entre las *psicosis* y la *locura histérica* tema que abordaremos próximamente.

Bibliografía

Freud, S.: *La negación.* Tomo XIX
Genet, Jean: *Las criadas.* "Primer Acto" Nº 113. Octubre 69
Ravinovich, Diana: *Suplencias del Nombre del Padre.* Jornadas preparatorias del Vº Encuentro Internacional del Campo Freudiano.
Julien, Philipe: *Lacan y la psicosis.* 1932-1976. Littoral 7/8
Duras, Marguerite: *El arrebato de Lol V. Stein.* Tusquets.
Lacan, J.: *Le Sinthome* (inédito)
Homenaje a Marguerite Duras. Conjetural Nº 3. Edit. Sitio.
De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. Siglo XXI Editores.
Joyce, James: *Dublineses.* Edic. Ercilla
Porge, Erik: *Endosar su cuerpo.* Littoral 7/8

IV Reunión

En esta ocasión dividimos a los integrantes del curso en cuatro grupos. La tarea consistió en que cada grupo formulara por escrito tres preguntas. Con ellas se trataría de trabajar las siguientes reuniones.

Grupo A
1) ¿En relación a la Dirección del Tratamiento es posible promover la suplencia y en caso afirmativo, en base a qué?
2) ¿Cómo se articula el pasaje de ser el falo de la madre a ser La mujer que le falta a los hombres?
3) ¿Habiendo suplencia: al ser convocado el Nombre del Padre es ella suficiente para evitar un desencadenamiento psicótico?

Grupo B
1) En el psicótico falta el significante primordial, hay otros: ¿Cuáles son y cómo operan?
2) ¿Cuál es el momento de constitución del fantasma? ¿Se puede hablar de fantasma en las psicosis?
3) ¿Cómo se manifiesta clínicamente una suplencia?

Grupo C
1) ¿Qué operación determina la constitución del ego a diferencia del *Moi* (en relación al deseo materno)?
2) Diferencia entre rasgo unario y significante uno.
3) ¿Cómo podemos abstenernos de interpretar en las prepsico-

sis siendo que la interpretación sorprende a quien la formula?

Grupo D
1) ¿Podemos pensar el delirio como una suplencia?
2) Queremos avanzar un poco más sobre el tema de los tres registros y cuáles serían las características del "achatamiento del nudo".
3) ¿Hay forclusión en la neurosis?
(Teniendo en cuenta que el neurótico puede delirar)

Una aclaración: en todas las clases los alumnos realizaron muchas preguntas. Como no grabábamos las clases, en esta escritura de las mismas no fue posible incluirlas, por eso sólo podemos incluir las que hicieron por escrito en esta reunión.

Teórico V:
Las sospechas del analista. Fachada pseudoneurótica en las psicosis. Prepsicosis. ¿Qué hacer con el delirio?

Elida E. Fernández

Carta de Freud a Jung (23 F)

Refiriéndose a la demencia precoz: "Pero, sin embargo, hay que manifestar lo que sospecha uno, así por ejemplo, acerca de los casos que comienzan de un modo histeriforme u obsesivo".

No pocas veces nos encontramos siendo consultados por individuos de estructura psicótica pero en un momento anterior al desencadenamiento. Muchas veces la consulta es porque se prevee que éste va a advenir y el pedido puede formularse como una manera de evitar la internación. Otras es una demanda oscura, un presentimiento o "algo" que no termina de formularse. Nos encontramos con enunciaciones rígidamente obsesivas, por ejemplo, sin que podamos escuchar un conflicto obsesivo.

Es sólo la forma, sólo la enunciación, pero la puesta en escena no cambia ni permite el desarrollo de ninguna oposición. A veces el delirio está allí, agazapado, creándose lentamente o guardado para tomar el lugar y ocuparlo todo.

No son prepsicosis, como llamaríamos a las estructuras psicóticas que nunca han tenido un desencadenamiento o manifestaciones clínicas claras de psicosis, sino los momentos previos a la ruptura psicótica, donde en la consulta lo que escu-

chamos podía parecerse a una neurosis obsesiva o histérica pero falta el conflicto propio de cada neurosis. No todo psicótico se presenta como nos lo describe la Psiquiatría ni como lo vemos en las instituciones manicomiales. ¿Qué nos lleva a sospechar allí la psicosis a punto de estallar?

Recuerdo un señor que vino a consultarme en privado. Tenía alrededor de cuarenta años, vivía con su madre discapacitada y decía sentirse muy sobreexigido. El trabajo, las ocupaciones de la casa, atender a su madre... Todo esto lo ponía muy nervioso y no dormía.

El quería que todo saliera bien y no toleraba atrasarse en sus tareas. La primera entrevista transcurrió en una minuciosa descripción de sus nervios. Me miraba con mucha desconfianza, miraba el consultorio, fijaba su mirada alternativamente en la puerta y en la ventana.

Cuando concluye la entrevista le doy un nuevo horario, toma su agenda, la abre, la lee detenidamente y dice: "Yo anoto todo".

— ¿Todo?— pregunto.

Y lee: lunes

8 hs. lavarse los dientes

8.10 cortarse las uñas de los pies

8.25 limpiar el vidrio a los anteojos

8.35 levantar el diario del piso

8.40 pasarse el hilo dental...

8.45...

Acota: "El martes no puedo venir a esa hora, tengo que ir a comprar la fruta".

Digo:

— ¿No lo puede hacer en otro momento?

Allí estalló, golpeó la mesa, se enfureció. "¿Ud. pretende que yo no cumpla con mis actividades? Ud. quiere que yo vaya preso o caiga en la indigencia!!" Gritaba.

Me miraba con odio, su exasperación lo desbordaba, tiró la agenda por el aire. Se agarró la cabeza, se puso a vociferar: "Ud. quiere mi ruina. Yo tengo que hacer todo lo que está escrito. Tengo todo escrito. Todo ordenado".

A esa altura ya lloraba (él). Me repuse algo del susto y le pregunté:

— ¿Se lo ordenan las voces?

— ¡No! Es para que no aparezcan.

Es la única manera de tenerlas controladas.

La entrevista se prolongó. Cuando le pregunté qué le decían, se paró, se dirigió sigilosamente a la puerta, la abrió de improviso, la cerró, volvió a su asiento y me preguntó si había alguien detrás de la ventana. Le dije que si quería podía fijarse pero que si hablábamos bajito no nos iban a escuchar, (¿las voces?).

Allí empezó a contarme. Estaba asustado. Otra vez le había ocurrido eso de no dormir, luego el cansancio le impedía cumplir con las "tareas", allí se colaban las voces luego... no sabía cómo, aparecía internado: eran los nervios.

Otro paciente había consultado en Consultorios Externos del Borda por "dolores de cuerpo". Describía un dolor generalmente errante que se estacionaba preferentemente en su estómago. Esto lo preocupaba.

Le pregunto si imaginaba tener alguna enfermedad.

— ¿Enfermedad? No, ninguna.

Continúa con las descripciones de sus dolores.

Insisto: si no teme tener una enfermedad ¿qué lo preocupa? Se pone tenso ante mi insistencia, reticente, contesta: "Nada. No me preocupa nada".

Su mirada se tornaba más desconfiada. Lo cito para otro día. Vuelve y repite exactamente lo mismo. Intento preguntarle algo de su historia, de sus circunstancias.

Me contesta con evasivas. A él lo que le interesa es hablar de los dolores.

No recuerdo cuántas veces se repitieron estos encuentros hasta que en una entrevista le informo que no entiendo para qué viene, qué lo preocupa.

— Pre-ocuparme nada. Me ocupa.

— ¿Qué?

— El bicho.

— ¿Qué bicho?

— El que vive en mi estómago.

(Yo estaba muy sorprendida, él hablaba como de algo obvio)

— La araña... Vive ahí.

— ¿Hace mucho?

— Desde que me la tragué. No sale. No sale de mi cuerpo, pero camina y duele. Yo vengo acá para que Ud. me dé alguna pastilla que la tenga quieta. Que no camine. Eso sí, me come, estoy cada vez más flaco, se me ven los huesos. Voy a quedar

como una radiografía. Soy piel y huesos. No quiero que me suba a la cabeza porque va a querer comerme los ojos. Lo único que se puede hacer es inmovilizarla. Pero claro, pone huevos y además crece.

En ese momento se levanta la ropa y me dice: "¿La ve?" No espera respuesta. El sí la ve.

Intento transmitirles que no todo psicótico se presenta de entrada fácil de diagnosticar, no todos vienen recitando las características de cada cuadro pertinente. Muchas veces la fachada es neurótica, obsesiva o histérica, pero es como una fachada que fuera sólo fachada y no el frente de un edificio. No hay edificio. Hay delirio.

Siempre surge la pregunta: ¿qué se hace con el delirio? ¿cómo se trabaja con el delirio?

Primero cada psicótico requiere una propuesta de trabajo distinta y particular. De todas maneras, como planteo general creo que trabajamos de manera distinta a la propuesta psiquiátrica.

Se trata fundamentalmente de dos metas: 1) Escuchar la verdad en el delirio (la propuesta freudiana que rompe con el modelo psiquiátrico). 2) Intentamos acotar el delirio. Muchas veces necesitamos acudir a que el paciente esté medicado, pero en el tratamiento con el analista el trabajo es: a) entretejer un imaginario posible que acote el agujero y b) dirigir al paciente a posibilitar una palabra entre él y las voces.

Daniela, paciente privada, con un delirio paranoico sistematizado, relataba las burlas de sus acompañantes ocasionales en las discotecas cuando ella les decía que era La Mujer de Dios. Le digo que ella no tiene que contar sus cosas a todos, la gente no anda desparramando sus intimidades con cualquiera, que ella fuera la elegida de Dios era algo muy privado que debía contarlo sólo a quienes ella tuviera confianza y en momentos especiales. En general la gente contaba esas cosas en su análisis y nada más.

Daniela me miraba perpleja.

Pregunta: ¿y cuándo escucho las voces en la Disco tampoco?

— No.

— Y cuando me revientan la cabeza las máquinas ¿qué hago? ¿No grito?

— No, pedile a alguno que te acompañe a tu casa. Decí que

te sentís mal. Además es verdad. No hace falta dar más detalles. Es para cuidarte vos.

— Vos decís "cuidarte".

— Sí.

Cuando termina la sesión se va repitiendo mis palabras como si las quisiera memorizar.

Esa noche a las tres de la mañana recibo una llamada telefónica. Era Daniela que me pedía que le repitiera lo que tenía que decir, no se acordaba y habían empezado las máquinas.

Algo había interpuesto entre "las máquinas" y su desborde. Empezó a hablar más de las voces en el tratamiento. Las órdenes terminaban siendo "matate", "tirate por el balcón", "ahorcate con el cordón de la cortina". La orden y el impulso eran la misma cosa, ella desaparecía entre la voz y algo que la arrastraba a obedecer.

Le propongo que le conteste "algo" a las voces.

Me mira horrorizada. Hablaba mezclando varios otros idiomas, de los cuales el único que le entendía era el inglés. Se me ocurre contestarle en inglés:

— You must say NO.

Why do you remain in silence? Say something, say NO.

— ¡Hablás el idioma de Dios!

Dios es inglés. Entonces vos sos una representante. (Me mira deslumbrada).

— El quería que vos no obedezcas a las voces. No tenés que obedecer a una orden de matarte. Dios no podría querer que sus criaturas se maten. No es una orden de Dios.

— ¿Y esa voz no es la de Dios...?

Entonces es el Diablo.

— Hay que presentarle batalla.

— Sí, es la voz de ella, es la voz de mi hermana, ella es el diablo ella quiere que me muera para quedarse sola con todo hecha una reina.

Daniela ubicó las voces en relación a su perseguidora, esto facilitaba alguna distancia, alguna oposición a los mandatos. Se produjeron efectos a partir de esta dirección del tratamiento. El psiquiatra que la atendía fue bajando la medicación hasta que Daniela pudo dejarla por completo. Al que no dejó es a su delirio que pasó a la categoría de ser "su secreto".

Retomemos las sospechas del analista. Vayamos ahora al punto más difícil: las prepsicosis, estructuras psicóticas que

nunca han desencadenado ningún proceso disruptivo. Quizás las prepsicosis podamos pensarlas ahora como estructuras que han logrado una suplencia del significante primordial, suplencia a partir de la cual logran una estabilización.

Esta estabilización puede haberse obtenido a través de cierta ocupación que le otorgue un nombre. Se plantea alrededor de esto el tema de la sublimación.

Aquí las sospechas pueden aparecer por ciertos agujeros en el discurso, o ciertas articulaciones que no se realizan, el sujeto no es lo que un significante representa *para* otro significante. Desapareció el *para*.

Podemos mantener esa sospecha durante muchas entrevistas, a veces años. Creo que en estos casos es necesario que nos mantengamos en los lineamientos de tratarlo como si fuera una estructura psicótica.

Recuerdo un paciente de esos que uno diagnostica como "raros" a falta de conceptos más precisos. Sólo le hacía preguntas, pero en un momento donde iba a enunciarle una interpretación, me interrumpe y me dice: "Por favor, no trate de ayudarme, otros lo intentaron y mire cómo quedé de mal".

Es necesario que escuchemos estas advertencias.

Otro relato interesante fue el de Luis.

Luis es un paciente que me consultó en un estado de total angustia. Lo digo en sentido fenomenológico, ya que el tema de la angustia en las psicosis es otro tema complejo.

¿Se puede hablar de *angustia?*

¿Se puede hablar de la angustia como el efecto de un encuentro con el deseo del Otro?

¿No es *horror* lo que se produce en el psicótico?

¿Horror ante la *visión* de la castración en el Otro?

Por ahora lo dejo como interrogante. Sigo con el relato. Pasan cinco o seis entrevistas y la anécdota permanecía idéntica en su estructura, variaban los detalles, los nombres de los personajes pero las historias ya se hacían monótonas y la angustia era desbordante.

Eran episodios de fracasos amorosos. El siempre era dejado sin explicaciones ni reproches, esto lo sumía en un estado primero de perplejidad luego de autorreproches: "Soy un imbécil, una basura, una mierda, no soy un hombre". Repetía incesantemente "es un horror", no se aguantaba sólo, salía a caminar, se perdía, llegó a desvanecerse varias veces. Le digo que me

hable de su historia.

— ¿Mi historia? ¿Qué historia?

— Lo que le pasó antes de que empezara todo esto.

— No sé ... nada.

— Háblame de su familia.

— Lo común, lo de siempre.

— ¿Qué es para Ud. lo común?

— Odiarse.

Bueno, le sigo contando...

Intenta continuar con sus anécdotas. Insisto en preguntarle cómo llegó a odiarse con su familia.

Me mira desconcertado.

— Bueno, no sé, supongo que igual que todo el mundo. ¿Para qué le sirve esto que me pregunta?

— Ya que me contó las anécdotas... ¿Para qué le sirve contarme más anécdotas?

— No puedo parar.

No sé aún qué estructura tiene Luis. Lo sigo escuchando, me sigo interrogando. Luis dice que "ya no está loco porque disminuyeron sus crisis". Para mí todavía sigue siendo un paciente "raro".

Creo que cuando el analista sospecha es importante sostener la duda, trabajar desde el interrogante.

Las psicosis desde la observación psiquiátrica

Pablo Maureso

Bastante a menudo suelo recibir la pregunta ¿en qué se diferencia un psicoanalista de un psiquiatra?, ¿en que el psiquiatra es médico y entonces puede medicar a los pacientes?...

La clinica psiquiátrica nace con Philippe Pinel en 1780, como consecuencia directa de la Revolución Francesa, es decir, unos 160 años antes de que usara el primer psicofármaco; con lo cual, parte de la pregunta queda contestada.

Desde entonces y hasta nuestros días los psiquiatras han hecho una importante contribución al conocimiento de las "enfermedades mentales", mediante el ejercicio de la observación y descripción de los distintos fenómenos asociados con la "locura". Primero se describían síntomas aislados y unas pocas ideas terapeúticas, abordándolas en una combinación de factores biológicos y morales.

Posteriormente se da un gran salto, mediante el "descubrimiento" de Bayle, quien repara —estudiando la parálisis general progresiva sifilítica— en el hecho de que los síntomas que aparecen en distintos momentos en el enfermo corresponden a una misma enfermedad, es decir, establece un concepto clave: el de proceso mórbido, con el cual una misma entidad puede manifestarse de diferentes maneras en los distintos momentos de su evolución.

Este concepto fue rápidamente tomado por los grandes psiquiatras de las dos grandes escuelas: francesa y alemana. De

esta manera se delimitaban nuevas particularidades entre las funciones del psiquiatra: precisar el diagnóstico y establecer un pronóstico basado en la evolución característica de los diferentes cuadros nosográficos.

Como vemos, la terapéutica fue una de las áreas menos desarrolladas en el curso de la historia de la psiquiatría: al principio se hacía hincapié en la necesidad de aislar a los pacientes en los momentos de crisis, para lo cual se establecieron leyes ejemplares de cómo debían vivir y ser tratados en instituciones especiales. Tempranamente se incorporó el concepto de "guía moral" —especie de esbozo de acompañante terapéutico— quien debía ejercer de ejemplo para los enfermos. Además se prohibieron los castigos —tan comunes en la Edad Media—, y se escribieron los primeros tratados de Psiquiatría para diseminar el conocimiento.

La gran revolución terapéutica comienza recién en la segunda mitad del siglo pasado con el empleo de la hipnosis —ampliamente difundido por Bernheim— con la cual quedan sentadas las bases para los estudios freudianos y toda la escuela del psicoanálisis, cuyos aportes han sido de invalorable ayuda para el conocimiento y estudio de la psicopatología y terapéutica de las psicosis y las neurosis.

Recién hacia el segundo cuarto de siglo comienzan a desarrollarse las primeras terapéuticas biológicas (T.E.C., comas insulínicos, "curas de sueño"), hoy prácticamente descartados y desplazados por el advenimiento de los psicofármacos.

Para concluir, creo importante recalcar la importancia de la Psiquiatría en su aporte de investigación, observación, clasificación, establecimiento de un concepto diagnóstico para determinar un pronóstico de los procesos psicopatológicos y para efectuar una adecuada terapéutica.

Psicosis

Se define a la psicosis como la pérdida de la autonomía psíquica.

El término psicosis fue introducido por el psiquiatra alemán Feurchtesleben, quien sostenía que la enfermedad mental no derivaba de la mente ni del cuerpo sino de la relación entre ambos. Esta entidad nosográfica es tomada desde la Psiquiatría como una enfermedad, concepto en sí bastante discutible, ya que pese a que se distingue un momento de comienzo del

cuadro con signos y síntomas característicos, en general estos pacientes muestran rasgos patológicos marcados previos al desencadenamiento manifiesto del proceso.

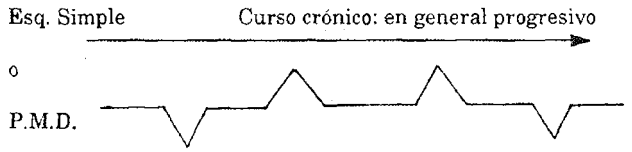
Se describen numerosas clasificaciones de psicosis, una de las más simples y prácticas es la del siguiente cuadro, tomando como parámetro central la evolución. Tenemos así:

Psicosis agudas:
- Bouffee delirante
- Delirium (Psicosis confusionales)

Piscosis crónicas:
- Esquizofrenia
- Paranoia
- Parafrenia
- P.M.D. (psicosis maníaco depresiva)
- Epiléptica

Psicosis de curso sub-agudo:
- "Psicosis de la involución"
- Psicosis paranoide
- Melancolía involutiva
- Psicosis mixta de la involución

Es importante destacar que los cuadros de cursos sub-agudo o crónico pueden sufrir "agudizaciones", llamados también "brotes" o "crisis", siendo estas situaciones típicas de la esquizofrenia o de la P.M.D. Representadas en un gráfico sería:



en que la línea de base representa el curso de la cronicidad, los "picos" hacia arriba los episodios maníacos, y los "picos" hacia abajo los episodios depresivos.

Se entiende por agudización un fenómeno presentado en forma abrupta, inesperada y de evolución breve. Es importante aclarar que no siempre implica gravedad.

Un proceso de curso crónico lleva inherente el concepto de larga duración, pero también el de irreversibilidad del cuadro.

Psicosis delirante crónica

Son psicosis caracterizadas por ideas delirantes permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico.

Entendemos por idea delirante: una idea errónea absurda que presenta las siguientes características:

1) Irreductibilidad
2) Conllevar una enorme carga afectiva
3) Certeza absoluta y cierta fijeza
4) Condiciona la conducta

Clasificación

A) Sin evolución deficitaria:

1º) Paranoia { Delirios pasionales / Delirios de interpretación

2º) Parafrenia

B) Con evolución deficitaria:
Formas "paranoides" de la esquizofrenia

Es necesario destacar que tanto la paranoia como la parafrenia pese a la cronicidad de su curso no presentan deterioro ni defecto alguno, manteniendo incluso un buen vínculo social y adaptación al medio, fuera de los períodos de agudización, debido a que el resto de su personalidad permanece conservado.

Paranoia

Esta forma de psicosis se presenta en su forma clásica a partir de los 35 años, generalmente en la cuarta década de la vida y es más frecuente en el sexo masculino.

Está caracterizada por la presencia de un delirio *sistematizado*, es decir: 1) que está prendido en el carácter y la constitución misma de la personalidad del paciente, 2) se desarrollan con orden, coherencia y claridad, adoptando una forma lógica y racionalizada que le otorga un gran *poder de contaminación* o carácter centrífugo, es decir que, de tan lógicos, armados y coherentes "convencen" al ocasional interlocutor. Otra característica de estos delirios es que en general están constituidos al-

rededor de un hecho real, pero interpretado delirantemente. Por ejemplo, un saludo, un guiño, un choque, pueden ser interpretados en forma de "clave" como parte de una conspiración o complot en su contra.

Un claro ejemplo de este mecanismo es la construcción delirante que el protagonista del "Informe sobre ciegos" de E. Sábato hace en relación a la conspiración de los ciegos. El ve a los ciegos, los observa, ellos están ahí, pero la interpretación que hace de su presencia y sus intenciones es absolutamente delirante, pero con tanta lógica y coherencia que convence al lector.

A este tipo de paciente se lo distingue por la constitución de su carácter desconfiado, orgulloso, agresivo, de gran rigidez y falsedad del juicio. Son de extremada lucidez. En estos pacientes *no* se observan alucinaciones ni seudopercepción alterada.

La evolución del delirio es:

1) Comienza a sentirse observado.

2) Interpreta señales, gestos...

3) Ata "cabos" a detalles insignificantes.

4) Constituye un delirio a base de interpretaciones intuitivas de hechos fenomenológicos reales.

El sistema delirante absorve toda la vida del enfermo, el cual se consagra por entero al problema, que pasa a ocupar un rol protagónico en su vida.

Estos pacientes tiene exacerbado el razonamiento y tratan de imponer en forma persuasiva la verdad de sus observaciones.

Esta perturbación se manifiesta sólo en lo que concierne al tema del delirio, ya que fuera del mismo la actividad intelectual está conservada.

Delirios de reivindicación

A) Querellantes - litigantes - reivindicatorios - pleitistas

Generalmente se trata de un hecho concreto y real en virtud del cual el sujeto se siente injustamente tratado, que determina el deseo de obtener una reivindicación según sus términos. Suelen acumular sentimiento de odio y venganza que los torna sumanente peligrosos.

B) Inventores y reformistas

El sujeto experimenta "intenciones geniales", tras lo cual se dispone a una incansable actividad creadora por la cual da forma a algún invento o reforma ideal de la humanidad.

Tienden a guardar celosamente fórmulas o recetas, y se quejan de ser ultrajados de sus derechos o patentes.

C) Apasionados e idealistas

Sujetos que sueñan con nuevos sistemas políticos, de paz universal o filantropía (esto también puede constituir la temática delirante del esquizofrénico) pero dotados de una férrea voluntad combativa y cierto fanatismo.

Delirios pasionales

A) *Celotipia.* Forma paticularmente peligrosa de delirio, caracterizada por la inclusión de un tercero tomado como rival. El paciente interpreta delirantemente cualquier hecho conyugal real, tomándolo como evidencia de infidelidad. El alcoholismo crónico lleva a un cuadro semejante, pero como resulta del deterioro, y se acompaña del declinamiento de otras funciones psíquicas como la memoria y la atención.

B) *Erotomanía.* Magníficamente descritos por el gran psiquiatra francés Gastón de Clérambault, este infrecuente cuadro se caracteriza por un postulado fundamental: "Es el objeto quien ha comenzado, quien ama más o es el único que ama". Generalmente se trata de un objeto prestigioso. Los componentes del sentimiento generador del postulado son orgullo, deseo y esperanza.

El erotómano tiende a "demostrar" sus postulados: conversaciones indirectas, vigilancia, recursos extraordinarios de los que dispone el objeto, etc.

Estos sujetos son pasibles de cierta peligrosidad y/o excitabilidad.

La evolución de estos cuadros en general depende de la continencia de su medio familiar, dada la absoluta falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente, que torna sumamente difícil todo tipo de abordaje o tratamiento. Cuando el delirio sufre alguna agudización, la situación conyugal, vincular e incluso vecinal puede tornarse insostenible, por lo que suele ser necesaria la intervención judicial para su internación o inclusión en Hospital de Día.

Habitualmente obtienen pocos beneficios del uso de neurolépticos o sedantes, y son muy reticentes al empleo de los mismos, ya que alimentan sus fantasías persecutorias o de envenenamiento.

Parafrenias

Esta entidad nosográfica fue establecida por Kraepelin y no es aceptada por todos los autores. Algunos la ven como formas de la psicosis esquizofrénica.

Se presenta generalmente a partir de la cuarta década de la vida, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Su forma de comienzo es variable: en general en forma solapada e insidiosa, aunque en algunos casos el delirio se instala en forma rápida y abrupta, lo que genera un brusco cambio en la relación del sujeto con el medio que lo rodea.

La principal característica de este sistema delirante, además de su absoluta inverosimilitud, es el mecanismo puramente imaginativo que lo desencadena, como expresión de la más pura fantasía.

A ésto es necesario agregar las actividades alucinatorias y pseudoalucinatorias auditivas, cenestésicas, verbales, (a veces visuales) que pueden actuar como "soporte" a partir del cual se construye el delirio.

De esta manera las alucinaciones cenestésicas pueden generar la idea delirante de que el cuerpo está constituido de madera, o que se es un árbol y hay que regarlo.

La literatura nos brinda un claro ejemplo en uno de los personajes creados por Cervantes, el "licenciado vidriera", quien sostenía a ultranza el hecho de que su cuerpo era de vidrio y entraba en crisis de terror cada vez que alguien se le acercaba porque él era frágil y podía romperse. Esto no contrastaba con el resto de su discurso, que era por lo demás de una extrema lucidez y agudeza.

Los parafrénicos son poseedores de una rica imaginación, a la que el delirio da "rienda suelta" resultando así las construcciones más ficticias y fantásticas de todo el espectro nosográfico de la Psiquiatría.

Este cuadro cursa con períodos de exaltación que muchas veces requieren internación, y que son continuados por lapsos de estabilización. El curso de la enfermedad es crónico, ya que si bien el delirio puede enquistarse, atenuarse, empobrecerse, quedar reducido a un "núcleo" delirante, presente pero que "si no es tocado" no se gatilla.

Es sorprendente ver cómo un paciente que sostiene ideas tan fantásticas e inverosímiles, conservan intactas las otras esferas de su psiquismo e incluso una buena adaptación a la realidad.

Las características del delirio de estos pacientes son:

1) La primacía absoluta del pensamiento mágico que está "desenfrenado". En general, la temática tiene que ver con los delirios de filiación ascendencia noble o real o de personajes míticos o famosos, de creación, de metamorfosis corporales o cósmicas.

2) Megalomanía, dada la constante presencia de temas de influencia (espiritismo, telepatía, magia, dominio maléfico, coitos a distancia); temas de persecución (conspiraciones sobrenaturales, políticas y misteriosas); ideas de perjuicio (embarazo, envenenamiento, transformación de órganos).

Para finalizar, quisiera subrayar un viejo aforismo de la Psiquiatría clínica que reza: "El paranoico vive contra el mundo, el parafrénico vive en dos mundos".

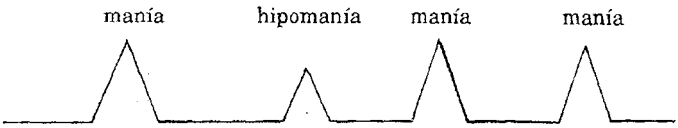
Psicosis maníaco-depresivas (P.M.D.)

Enfermedad bipolar: Esta psicosis tiene la particularidad de evolucionar en "brotes" o accesos agudos de manía o melancolía, ya sea en forma cíclica o alternada como periódicas. Estos episodios ocurren dentro de un proceso crónico, con una frecuencia variable. Esta entidad es más frecuente en el sexo femenino y la edad media del primer acceso es anterior a los 40 años.

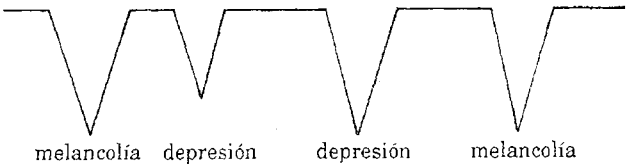
Una de las mayores particularidades de la P.M.D. es que entre acceso y acceso se da un período de intervalo lúcido en el que el paciente está absolutamente libre de patología y en el que es consciente de su enfermedad, hecho que no ocurre durante los períodos de crisis.

La secuencia clásicamente descrita alterna un episodio maníaco y uno melancólico cíclicamente, con una variable período de remisión. Pero esta entidad nosográfica también incluye la manía o melancolía unipolares, o sea cuadros en los que sólo se manifiestan manías o depresiones.

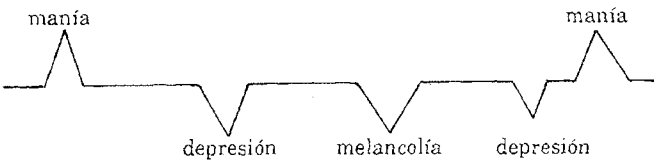
Formas unipolares



La línea de base es el intervalo lúcido



Formas bipolares



Es frecuente la presencia de antecedentes de familiares con cuadros semejantes.

Una característica de esta enfermedad es la de tener distribución estacional, hecho que condiciona que por ejemplo, todos los episodios depresivos en un paciente se den en invierno y para la misma fecha, hecho que hace que el sujeto "esté esperando" las crisis. Los cuadros de manía o hipomanía suelen darse más frecuentemente en primavera o verano. El biotipo (correspondencia morfológica, humoral y psíquica) del sujeto sería de tipo pícnico (bajo, regordete y "rechoncho") que daría lugar a la "constitución ciclotímica", es decir, la disposición afectiva o temperamento. Ej.: Sancho Panza. Cambiante y superficial. Si bien la causa de esta enfermedad permanece aún desconocida, es necesario aclarar que algunas enfermedades metabólicas y endócrinas pueden causar cuadros maníacos que remedan los de la P.M.D., como así también los tumores y traumatismos cerebrales. Resulta importante saber si el paciente tiene antecedentes de hipertiroidismo, nódulos tiroideos o insuficiencia hepática o renal.

Crisis de manía

La manía es una estado de exaltación del humor e hiperex-

citación de las funciones psíquicas que se traduce en todos los aspectos de su actividad y principalmente en el aumento de la necesidad de actuar, moverse y hablar.

La forma de comienzo es en general rápida, variando desde horas a cinco o siete días, muchas veces se presenta en forma abrupta, sin pródromos (predictores o señales que "avisan" del brote). Generalmente si el paciente ya ha tenido algún episodio, siente o pre-siente la llegada de la crisis. Los predictores biológicos a tener en cuenta son la pérdida del apetito y el insomnio, ya que estos factores alertan sobre la posibilidad del acceso. Muchas veces la famlia vive en un estado de permanente alerta, por temor a quedar en la ruina, y esto hace que exageren las consecuencias de un chiste o una noche de insomnio. La anorexia y el insomnio deben ser sostenidos durante dos días por lo menos y acompañados de algún cambio de humor.

En caso de que el acceso siga su evolución el paciente comienza a abordar múltiples proyectos, a estar permanentemente en actividad (hiperactividad), se desinhibe, sorprendiendo a los seres que lo rodean, fuma, bebe y come más de lo habitual y manifiesta una excesiva excitación sexual.

Hasta aquí hemos descrito una crisis hipomaníaca, ya que carece de los elementos fundamentales de la manía, que son las ideas delirantes y la fuga de ideas. En caso de instalarse un "brote" maníaco el paciente presenta un estado de rebosante felicidad, hace bromas, se mueve sin cesar, habla permanentemente (logorrea), desaliño personal y gran excitación que lo lleva a tocarlo todo. Muestran una gran inestabilidad afectiva y pueden pasar de la risa al llanto, pudiendo también manifestar violencia. El sujeto está "acelerado" y no puede controlar sus impulsos.

Presenta además fuga de ideas, es decir, rápidos cambios de dirección del pensamiento, que hacen que no pueda terminar de elaborar una idea porque ya fue reemplazada por otra. Esto se acompaña de taquipsiquía o aceleración del curso de pensamiento (continuo flujo de asociación de ideas y representaciones), de hipermnesia o incremento de la memoria que lo lleva a recordar datos inverosímiles o fechas muy lejanas. Además no puede fijar su atención espontáneamente. La temática delirante que expresa es de contenido megalómano, con ideas de grandeza, omnipotencia e invención que revelan la expansividad de su humor.

El paciente puede creerse multimillonario y actuar en consecuencia, haciendo grandes negocios o regalando preciados objetos personales a desconocidos, tener ideas de inmortalidad o invulnerabilidad.

Esta situación genera hechos tales como suicidios involuntarios, ya que un paciente, por ejemplo, saltó por la ventana de un sexto piso para demostrar que no le podía pasar nada, otro fue a la Exposición Ganadera de la Rural y compró un toro campeón.

Es importante aclarar estos hechos para comprender la necesidad de internación de estos pacientes, hecho que no siempre ocurre porque a veces la familia "lo ve mejor que nunca", cosa que el discurso del paciente corrobora, asegurando que "nunca se sintió mejor" (esto suele suceder en el primer episodio), agregando además que no necesita ningún tratamiento.

El cuadro clínico puede completarse con alucinaciones, auditivas, visuales o cenestésitas, e incluso ideación paranoide.

Como se verá, resulta muy difícil diferenciar una crisis de manía de un brote esquizofrénico, sobre todo si se trata de una variante esquizo-afectiva, siendo fundamentales para eso los antecedentes. Por eso suelen calificarse estos cuadros de síndrome de excitación psico-motriz, hasta corroborar el diagnóstico definitivo.

La conducta a tomar que corresponde es internarlo en una sala de pacientes agudos, controlando cuidadosamente su peso y estado general, siendo necesaria una gran disposición del personal asistencia y profesional, dado que la excitación permantenentemente persiste durante algunos días. En general, si se administra correctamente la medicación, hacia el cuarto o quinto día comienza a ceder el cuadro en cuanto a la motricidad.

Melancolía

Este cuadro, ya descrito por Hipócrates, se caracteriza por un estado de profunda depresión, así como un enlentecimiento e inhibición de las funciones psíquicas y motrices.

Es la más grave de las formas de depresión. Podría definirse como una "depresión psicótica" ya que lo que distingue el cuadro es la pérdida del principio de la realidad.

Es conveniente aclarar que psiquiátricamente pueden definirse cinco tipos de depresión:

1) Reactiva o neurótica.

2) Secundaria a cualquier enfermedad no psiquiátrica. Incluyendo depresiones atípicas, como la producida por el cáncer de páncreas.
3) Sintomática.
4) Endógena.
5) Involutiva.

La crisis melancólica puede darse en todas las edades, siendo más frecuente durante el período de involución. Es más frecuente en el sexo femenino. Este cuadro puede darse en su forma clásica sin desencadenante alguno, pero también puede ocurrir que puedan detectarse causas determinantes. En general, se instala en forma lenta y sostenida, aquejando al paciente de malestar general, se instala en forma lenta y sostenida, astenia, desinterés por las tareas habituales y especialmente insomnio y anorexia. Progresivamente se establece un estado de inhibición psíquica y motriz, acompañado de gran tristeza, pérdida del sentimiento vital, mutismo, labilidad afectiva (llanto fácil), estado de inercia, descuido por el aseo personal, prácticamente no abandona la cama.

El aspecto más notable de este estado son los autorreproches, gran sentimiento de culpa, sensaciones de indignidad, absoluto pesimismo, que no coincide con la realidad. Generalmente no faltan las ideas hipocondríacas, especialmente en lo referente a trastornos del aparato digestivo, incluso pueden aparecen ideas delirantes de falta de órganos, de constipación por obstrucciones, de transformación y vacío corporales. Todo referido con un permanente tono de queja y monotonía.

En estos cuadros generalmente no faltan las ideas de muerte, que no deben ser confundidas con ideas suicidas. El paciente piensa en la muerte como una salida para aliviarse de tanto sufrimiento. Cuando elabora un plan para llevarlo a cabo ya conforman una idea suicida, lo cual expone el máximo riesgo de vida para estos pacientes. En caso de constatarse un riesgo suicida alto, la conducta indicada es la internación en una sala de agudos con medidas de seguridad, asesorando al personal a su cuidado.

La evolución de un cuadro melancólico es hacia una remisión espontánea que se lleva a cabo en forma lenta y pogresiva en un lapso de tiempo que varía entre los seis y los ocho meses. En general, lo primero que se recupera es el apetito, luego el sueño y finalmente el paciente hace crítica de sus ideas de

muerte y de ruina previas.

Los antidepresivos colaboran actuando sobre la esfera volitiva, motriz e ideatoria, logrando mejorías en períodos variables de tiempo pero rara vez antes de los sesenta o setenta días.

Hay dos formas clínicas de melancolía:

1) *Inhibida:* El paciente está inmóvil, "tirado" en la cama, casi sin hablar.

2) *Ansiosa:* El paciente no cesa de caminar, se restriega las manos, se rasguña el cuerpo, reclama ayuda incesantemente.

Esta diferenciación clínica es importante porque permite hacer un pronóstico y marca una diferencia en cuanto al tratamiento a abordar.

Las depresiones inhibidas son las más graves, son muy rebeldes a los antidepresivos clásicos, aún con dosis máximas y cuando evolucionan bien lo hacen muy lentamente. Los cuadros de melancolía ansiosa son frecuentes en la edad de la involución, más habitual en mujeres y si bien presentan una gravedad similiar en cuanto al riesgo suicida, suelen tener mejor respuesta al tratamiento instituido.

Evolución

La evolución habitual de estos cuadros es en la tendencia a la recidiva o "recaída", que pueda ser tanto estacional como periódica o espaciada.

Una vez externados se recomienda su derivación a un Hospital de Día o su seguimiento por consultorios externos, combinando tratamiento individual y psicofarmacológico de mantenimiento.

Psicosis delirantes agudas (Buffes delirantes)

Este cuadro fue maravillosamente descrito por el gran psiquiatra francés Valentín Magnan, contemporáneo y amigo de Charcot, quien observó "un delirio primario, múltiple, polimorfo, nacido repentinamente, sin incubación, instantáneamente, por lo común múltiple y proteiforme, sin tendencia marcada hacia la sistematización, rápidamente extinguido".

"Todas las formas de delirio pueden observarse: maníaco, melancólico, místico, erótico, de persecución, ambicioso, hipo-

condríaco, a menudo las ideas delirantes se suceden, se enredan, se combinan".

"Los delirios polimorfos sean efímeros o prolongados pueden recidivar, y lo hacen a menudo, sin dañar la integridad mental".

Este cuadro se presenta en sujetos jóvenes, generalmente de sexo femenino con antecedentes familiares de psicosis o neurosis graves. La irrupción es súbita, violenta, explosiva. De repente, el sujeto que hasta ayer no mostraba indicios que sugirieran un acceso o alguna crisis, presenta un estado caracterizado por ideas delirantes de contenido polimorfo, es decir que cambia de temática, no presenta fijeza ni sistematización (mal hilvanado).

Las alucinaciones casi siempre están presentes, de carácter auditivas y preferentemente visuales, acompañadas de eco del pensamiento, actos impuestos, actitudes bizarras. El paciente parece estar viviendo y actuando, fascinado, su propio delirio.

Característicamente se dan grandes cambios de humor, "como en oleadas delirantes", asociadas a un estado de ansiedad, agitación, inquietud, que conforman un riesgo, dada su absoluta falta de conciencia de enfermedad.

El sujeto se mantiene lúcido (consciente de sí mismo, en vigilia), orientado en tiempo y espacio, pero transmite un aspecto de estar ausente, ensimismado, en actitud meditativa o de escucha que Henry Ey define como "atmósfera hipnoide". Pueden darse episodios de gran angustia o inhibición, mutismo e insomnio que pueden enmascarar el cuadro siguiendo otros diagnósticos.

Pronóstico y evolución

La evolución habitual es la de una brusca resolución —tan abrupta como comenzó— en la que el paciente tiene la sensación de haber despertado de una pesadilla, y acto seguido refuta y critica sus actos e ideas delirantes previas. Habitualmente el acceso se "despeja" entre siete y diez días después del inicio. Una duración mayor pondría en duda el diagnóstico, debiendo descartarse el compromiso orgánico: tumores, hematomas, infecciones atípicas (sin fiebre).

La bouffee delirante no suele dejar secuelas, ni deterioro o defecto alguno, restituyéndose la personalidad habitual; sin embargo, no son infrecuentes las recidivas (nuevos episodios),

lo cual hablaría de cierta predisposición.

En algunos casos se dan también pasos a la cronicidad delirante, pero esto nos llevaría a pensar en la posibilidad de una esquizofrenia.

Etiología

Las bouffées afectan principalmente a mujeres jóvenes con fuertes rasgos histéricos, habitualmente estos accesos se desencadenan a partir de situaciones traumáticas, "shocks emocionales" que no han podido ser debidamente elaborados: muertes imprevistas, partidas, conflictos vinculares, robos, etc. De todos modos, es conveniente descartar un cuadro de epilepsia temporal, o encefalitis virósicas.

Frecuentemente durante el puerperio, la menopausia, o la presenilidad se manifiestan crisis agudas en forma de bouffées.

Tratamiento

En general estos cuadros requieren de una internación breve en una sala de agudos, en donde se les pueda administrar la medicación necesaria y la contención adecuada, dado el riesgo de que el paciente pueda dañarse involuntariamente o agredir a familiares.

Si bien las bouffées son autorresolutivas, conviene sedar al paciente con neurolépticos a dosis bajas. Una vez yugulada la crisis se recomienda continuar su psicoterapia en forma ambulatoria.

Esquizofrenia

Esta variedad de psicosis fue observada y descrita desde los albores de la Psiquiatría por grandes psiquiatras como Esquirol, Morel, Griesinger, pero debido a la diversidad de sus formas, éstas eran interpretadas como enfermedades diferentes. Fue Emilio Kraepelin quien a fines del siglo pasado las agrupa en una única entidad, "la demencia precoz", proceso psíquico degenerativo intercalado entre las paranoias, las parafrenias y las neurosis. Describe así sus cuatro formas: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide.

Para diferenciar las diferentes psicosis, Kraepelin cita:

"Creo no equivocarme al considerar que la ausencia de perturbación primitiva de la voluntad en la paranoia está en estrecha relación con la ausencia de delirio de posesión corporal. La idea de que fuerzas extrañas actúan, como lo haría la telepatía, sobre el organismo, sobre las sensaciones, los pensamientos, los actos voluntarios, no es para mí más que la expresión de esa misma perturbación de la voluntad que se reconoce en todas las manifestaciones exteriores de los dementes precoces. En la verdadera paranoia ya he observado, algunas veces, la idea de una influencia que proviene de alimentos envenenados pero jamás, en cambio, la concepción de estar librado como un juguete inerte a la dominación de una personalidad extraña. Las ideas de perjuicio pueden ser extremadamente novelescas e increíbles, pero se mantienen siempre, así como las ideas de grandeza, en el marco de las cosas posibles y naturales; las ficciones de pura fantasía son excepcionales. La personalidad corporal o psíquica, si puede ser afectada o crecer, devenir en objeto de odio o revestirse de una alta dignidad, sigue siendo lo que era en su naturaleza íntima. El enfermo está esclarecido sobre su misión sobre las trampas que le tienden, sobre las promesas que le hacen, sobre su reivindicación, pero su personalidad misma no es sometida a ninguna transformación, como sucede a menudo en la demencia precoz. La psicosis no alcanza, por lo tanto, y no altera el centro de la personalidad, produce solamente una falsificación mórbida de la concepción del mundo".

En 1911 Bleuler designa "esquizofrenia" al grupo de los "dementes precoces"; influidos por las ideas de Freud y Jung, sostiene que estos enfermos no son dementes sino que están afectados por un proceso de disociación que desintegra su capacidad "asociativa" alterando así su pensamiento y sumiéndolos en una vida autística.

Definición

Se trata de una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad, caracterizada por una transformación progresiva y profunda de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir, en un caos imaginario.

Este proceso es lento, sostenido y progresivo y se manifiesta

por un síndrome deficitario (negativo) de disociación, y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante.

Frecuencia y distribución

Es la más frecuente de las psicosis crónicas. Afecta al 1% de la población mundial. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven que se manifiesta entre los 15 y los 35 años, siendo semejante su distribución entre ambos sexos. La presentación del cuadro en personas de más de 37-38 años sugerirían otro diagnóstico.

En general, en las familias de estos pacientes hay antecedentes de esquizofrenia u otras psicosis.

Desde hace años se sostiene cierta predisposición genética, pero su influencia es muy compleja y actúa de forma variable, por lo que no pueden sacarse conclusiones valederas.

Antes de introducirse en las características de los diferentes estadios clínicos, quisiera describir los rasgos de personalidad previa, es decir, anteriores al desencadenamiento sintomático del cuadro, que, en muchos casos, ya presenta claros indicios de patología, a este tipo de carácter se suele denominar "carácter esquizoide".

Son sujetos retraídos, hipersensibles y de apariencia fría. Tienden a la inhibición, al aislamiento, a la ensoñación y a la abstracción. Parecen faltos de atención, tienen severas dificultades para participar y una urgencia voraz por recibir.

Debido a sus notorias dificultades en la comunicación, dada su natural desconfianza, lo que les llega es vivido como algo potencialmente dañino. Son rígidos en cuando a sus ideas y creencias, vergonzosos, omnipotentes, con un bloqueo de la capacidad de amar, y proclividad a la apatía e indiferencia. Es constante su hostilidad hacia la familia.

Vulgarmente se los reconoce como seres extravagantes o excéntricos, románticos e inaccesibles.

Es importante aclarar que el carácter esquizoide es el tipo de personalidad que precede al advenimiento de un cuadro esquizofrénico; pero también muchos pacientes permanecen fijados en esta tipología, sin llegar jamás a constituir un verdadero proceso esquizofrénico. Pueden sufrir dos o tres descompensaciones psicóticas en el curso de su vida, pero esto sin que se

produzca el clásico "quiebre" de la personalidad, ese "ya no soy como antes, algo cambió", que caracteriza al proceso esquizofrénico.

Cuadro clínico

Se divide en tres etapas: 1) comienzo o prodrómico
2) período de estado
3) estadía terminal

1) Esquizofrenia incipiens:

El cuadro generalmente comienza con una rara sensación de extrañamiento que sume al sujeto en una situación de angustia permanente ante la evidencia de que "todo está cambiando, no sé lo que pasa, me asusta, el mundo (su mundo) ya no es lo que era". Este estado conocido como "temple delirante" nos muestra al sujeto en un estado de permanente desconcierto, inquieto, asustado, como expectante ante esta *experiencia de desrealización.*

Posteriormente sobreviene la *vivencia de despersonalización* que es vivida como un proceso sumamente angustioso y desesperado de que "ya no se es quien era". El sujeto no reconoce su propio cuerpo ante el proceso interior de metamorfosis corporal, así se toca las manos, las piernas, tantea su nariz tratando de saber si es suya. Suele pasar horas parado frente al espejo buscando reconocerse. Generalmente esta experiencia delirante va acompañada de los primeros episodios alucinatorios que suelen ser el sustrato corporal o auditivo en el que asientan las ideas delirantes.

Una reciente película de Robert Altman, *Vincent y Theo*, muestra magníficamente este proceso en el caso del genial Van Gogh en sus días de convivencia con Gauguin. Se lo ve en un estado de permanente angustia, inquietud, agresividad, retraimiento absoluto, autoobservación, tendencia a escribir (pintar) su nombre en las paredes, insomne, expresar especulaciones sobre el cosmos o místicas, hasta culminar *mutilándose* la oreja en un acto desesperado que pone un *corte estabilizador* a ese estado, tras lo cual queda instalada la psicosis, el autismo y el "tratamiento" del Dr. Gachet.

La vivencia de influencia expresa la labilidad yoica: el paciente siente que le dirigen el pensamiento, que se le imponen

ideas, que se las adivinan o roban; estas ideas se le repiten *dentro de su cabeza* (eco del pensamiento).

Es importante aclarar que debido al retraimiento de estos sujetos, el proceso suele pasar inadvertido para sus familiares o ser simplemente tomados "como cosas de la edad".

Generalmente la naturaleza pone fin a toda esta combinación de angustia, desconcierto y temor a través del carácter estabilizador del delirio. Voy a explicarlo con un vulgar ejemplo: si cualquier persona al caminar por la calle siente un ruido estruendoso, inesperado o desconocido, hay una reacción instintiva que es la de girar la cabeza en dirección de ese ruido; esta es en realidad una búsqueda de sentido que explique la procedencia de esa inusitada experiencia. Si lo que se ve es un choque, una caída o una pelea, es intrascendente: "Ya se sabe lo que pasó". Esta es la función que cumple el delirio en el sujeto en el período predelirante; adviene a ponerle un sentido a toda esa angustia, a ese sinsentido, extrañamiento o despersonalización y/o desrealización. Así, lo que está sucediendo se debe a la influencia maléfica del diablo, o al perjuicio de sus vecinos, o es un mandato divino, etc., generalmente afirmado en las alucinaciones auditivas que le confirman estas "revelaciones" delirantes.

De este modo queda conformado el delirio poniendo fin a la "experiencia delirante primaria" que tanto angustia al sujeto.

Este proceso puede darse en forma aguda dando lugar a una crisis o "brote" acompañado de gran excitación o retraimiento de manera tal que requiera internación, o puede darse en forma insidiosa, silente, solapada, progresiva, pasando inadvertida e incorrectamente evaluada.

2) Período de estado:

Una vez instalada la esquizofrenia, sobrevienen los síntomas característicos de la enfermedad.

La evolución en general lenta, demanda años, excepto en la forma hebefrénica cuya progresión es rápida y catastrófica hacia un deterioro demencial.

Se describen los síntomas como parte de dos expresiones complementarias: los síntomas negativos, manifestación del síndrome de disociación, y los síntomas positivos emergentes del delirio autístico.

Ambivalencia: simultáneamente el sujeto expresa senti-

mientos contradictorios: amor-odio, deseo-temor, afirmación-negación.

Extravagancia: que transmite la impresión de una búsqueda barroca a través de actitudes extrañas.

Impenetrabilidad: hermetismo de sus intenciones o proyectos.

Desapego: muestra el repliegue sobre sí mismo.

El síndrome de disociación se expresa en las alteraciones del curso del pensamiento del lenguaje, de la afectividad y la psicomotricidad.

Alteración del curso del pensamiento:

Interceptación: el pensamiento sufre un abrupto "stop", como si eclipsara o parara en plena marcha. Se acompaña de una sensación muy angustiosa.

Perseveración: estancamiento y repetición o rumiación de series de palabras e ideas.

Las asociaciones se encadenan por contaminación, derivando así en propósitos absurdos.

En general el paciente muestra falta de espontaneidad, impresición, vaguedad de los juicios y conceptos.

Alteraciones del lenguaje:

El estilo verbal del esquizofrénico expresa cierta extrañeza, artificialidad y falta de espontaneidad.

La conversación puede resultar poco menos que imposible en los casos de mutismo o semi-mutismo, generalmente provocados por estados de ansiedad paranoide ("todo lo que diga puede ser usado en su contra") o por repliegue autista.

Neologismos: forma palabras nuevas, fusionando otras, o le otorga un sentido personal a una palabra conocida: el término "podrido" puede tener una acepción absolutamente subjetiva.

Estereotipias verbales: repetición frecuente de determinadas frases y palabras. Puede prolongarse por horas o incluso días.

Pararrespuestas: expresión de la disgregación mental. Implican respuestas que no corresponden al sentido de la pregunta. Ejemplo: "¿Qué hora es?" R.: "Soy el sol".

Alteraciones de la afectividad:

Para Kraepelin las alteraciones de la afectividad serían la "llave" del trastorno esquizofrénico, el motor de los demás síntomas.

Para él los síntomas fundamentales eran el repliegue afectivo, indiferencia, falta de voluntad y pérdida de la "unidad interior del pensamiento"; calificaba de síntomas accesorios a las

alucinaciones, el delirio o los trastornos del lenguaje.

Este concepto me parece de fundamental importancia, ya que podría hacerse extensivo a otras formas de psicosis no esquizofrénicas de difícil diagnóstico, que por carecer de fenómenos elementales (delirio, alucinaciones) no son correctamente diagnosticadas.

En el esquizofrénico los sentimientos de cariño y comprensión se vuelven particularmente rígidos, inadecuados e inoportunos y resultan inadaptables a las situaciones que se producen.

Sus afectos se tornan ininfluenciables y persisten a través del tiempo o cambian bruscamente sin motivo.

La risa inmotivada es una de las más claras expresiones de la ambivalencia afectiva: de golpe el paciente suelta una carcajada sin motivo aparente, o ríe de cosas que normalmente provocarían sufrimiento.

Alteraciones de la psicomotricidad:

Hay una lentificación de los gestos y discordancia en la expresión mímica (para mimias), exageración "payasesca" de los movimientos (manierismos), habitualmente acompañada de impulsiones (agresivas, masturbatorias, mutilaciones).

En las formas catatónicas se manifiesta el negativismo que consiste en no hacer lo que se le solicita o hacer lo contrario, y los estados catatónicos en los que el paciente queda rígido e inmóvil en las posiciones más extravagantes durante horas e incluso días. (Recordar el ejemplo de Rantés en "Hombre mirando al sudeste"). Es necesario estar atento a la presencia de edemas (hinchazón) en los tobillos, ya que la falta de alimentación y deshidratación pueden llevar a la muerte al paciente.

Estos estados constituyen una *urgencia* psiquiátrica, debiendo ser debidamente medicados con neurolépticos por vía intramuscular. Además es necesario recordar que de estos estados se puede salir con episodios de furor catatónico, pletórico de violencia e impulsividad.

Autismo:

Los temas más habituales de la experiencia delirante son los de metamorfosis, negación de órganos, posesión diabólica, espiritismo, cósmico, místico, acoso o persecución o perjuicio.

El delirio se va organizando combinando estos factores de una manera no sistematizada, ni lógica, sino anárquica y poco fundamentada, pero profundamente arraigada en la subjetividad del enfermo, quien ante la hostilidad del medio que lo cir-

cunda, decide "construirse" su propio mundo delirante autístico, dotado de hermetismo, fenómenos de absoluta certeza que no ceden ante la evidencia de la realidad externa. La película "*The wall*" muestra cómo el protagonista, después de romper toda su habitación con su guitarra, se sienta a armar su propio mundo con los restos, "pedacitos", remanentes. Ante las sombras y figuras fantasmagóricas que lo acechan y no comprende, decide aislarse levantando una pared que lo protege, aislándolo de todos los peligros del mundo "más allá del muro".

Alteraciones del contenido del pensamiento:

Las ideas delirantes del esquizofrénico tienen un mecanismo intuitivo, ya que parten de una experiencia personal, subjetiva; no son lógicos, pero sí incoercibles. A diferencia del paranoico, el esquizofrénico no trata de convencer al interlocutor, quizá ni pueda explicar su idea, pero está absolutamente convencido de ella. Si el terapeuta marca una contradicción en el delirio, el paciente no busca una explicación, sino que levanta los hombros diciendo "Usted no puede entender", o involucra al terapeuta entre los complotados. Es un delirio que no se sostiene sino en sí mismo; de todos modos puede ser fluctuante, es decir, no constante en tiempo, ni intensidad, ni contenido.

Las formas más frecuentes son:

A) El delirio paranoide donde alguien lo quiere perjudicar por alguna razón autorreferencial.

B) Delirio místico donde se dan revelaciones religiosas, transformaciones en santos o en Jesucristo.

C) Delirio cósmico que concierne a contactos con otros universos, ser el enviado de otras civilizaciones.

Como se ve, todos tienen en común el hecho de que el sujeto es el centro del universo delirante, lo que designa el carácter megalomaníaco y autorreferencial del delirio. Si lo persiguen, lo designan, lo eligen o le hacen revelaciones, su narcisismo sufre un ensanchamiento, pasa a ser alguien importante.

Alteraciones de la sensopercepción:

Las alteraciones más frecuentes son las alucinaciones auditivas y cenestésicas. La alucinación es la percepción sin objeto. Por ejemplo, el sujeto "oye" una voz dentro de su cabeza que lo insulta o le da órdenes; este fenómeno es interpretado como "la voz de la conciencia", pero se acompaña de angustia o extrañamiento, el paciente puede responderle, golpearse la cabeza tratando de espantarlas o escucharlas en actitud de éxtasis.

Es importante aclarar que no hay lugar a la duda, son vivi-

das como un fenómeno veraz. El paciente "entrenado" en entrevistas psiquiátricas puede negarlas, por lo que es necesario prestar atención a su mirada, sus gestos, sus actos que delaten un fenómeno alucinatorio.

Las alucinaciones cenestésicas expresan molestias que localizan en los diferentes órganos del cuerpo: "no tengo jugo gástrico", "se incendió el hígado", "el intestino se me hizo un nudo".

La mayor parte se relacionan con los órganos genitales: experimentan la sensación de ser violados, torturados o tocados. Esto puede llevar a la mutilación.

También se presentan sensaciones de pinchazos, quemaduras, descargas eléctricas.

Un tipo especial de alucinación es la verbo-motriz que consiste en que la voz que expresa no le pertenece sino que es la autonomía de sus cuerdas vocales, libradas a su arbitrio o controladas por otra persona.

Las alucinaciones visuales son poco frecuentes, salvo en los estados crónicos residuales o de demencia. Su presencia en un episodio agudo de un sujeto sin antecedentes o en un "probable" primer brote, llevan a descartar principalmente una bouffe delirante, psicosis histéricas, descompensación de un fronterizo, intoxicación alcohólica o L.S.D. o un tumor cerebral.

Las alucinaciones gustativas u olfatorias son raras, y de estar presentes indicarían el pasaje a la demencia. La presencia de alucinaciones olfatorias en un paciente sin antecedentes de larga data de esquizofrenia, obliga a descartar un tumor cerebral.

3) Formas terminales:

Es la etapa final del proceso crónico, progresivo, que lleva al déficit demencial.

Es importante aclarar que no todas las formas de esquizofrenia evolucionan así, sino sólo las formas más graves: hebefrenia y catatónica.

Las formas menores (simple y paranoide) manifiestan cierto deterioro, pero mantienen aspectos más conservados e integrados de su personalidad.

Este estadio crónico residual representa al típico paciente asilado, en estado de absoluta inercia, incapaz del menor cuidado de su persona, en permanente soliloquio, inaccesible e ininteligible, actitudes bizarras, comportamiento automático e impredecible. Encerrado en su propia "burbuja" narcisística.

Formas clínicas de la esquizofrenia

A) Esquizofrenia paranoide

Es la esquizofrenia típica y clásica, además de la más frecuente. Suele presentarse en forma tardía (alrededor de los 30 años).

Se trata de un cuadro alucinatorio con ideas delirantes de contenido paranoide y místico, sindrome de influencia y alteraciones de la personalidad. Suelen sufrir descompensaciones más esporádicas y luego de la remisión del brote, el paciente, tras un período de abulia, logra una adaptación relativamente buena al medio, al precio de cierta dosis de indiferencia y de desinvestición.

En general, cursan con poco deterioro, lo cual les permite conservar algunos aspectos de la personalidad preservados, pese a su actitud paranoide constante. El curso del delirio paranoide es crónico, pero salvo en los momentos agudos, no ocupa el primer plano de la vida del sujeto. Este fenómeno les permite realizar tratamientos ambulatorios o de Hospital de Día que colaboran a su estabilización.

Suelen ser impulsivos y agresivos en las descompensaciones, pero esto obedece más a un estado de absoluto temor e indefensión que los lleva a defenderse, que a una genuina agresividad propia del psicópata o del fronterizo.

B) Esquizofrenia simple:

Corresponde a una evolución que progresa muy lentamente. Estos sujetos suelen tener antecedentes de rasgos esquizoides, acompañados de apatía, indiferencia y desinterés marcados.

Estos rasgos suelen enmascarar cierta actividad delirante y alucinatoria discreta que sus seres cercanos generalmente ignoran.

Este cuadro progresa hacia un agravamiento de la inafectividad y el desinterés. Ante la ausencia de signos floridos y productivos, este cuadro suele ser difícil de diagnosticar.

Dada su incapacidad para afrontar un empleo o cualquier decisión, si la familia no los contiene, suelen terminar como vagabundos o linyeras.

C) Hebefrenia:

Forma particularmente grave, que se caracteriza por su inicio temprano y su rápida evolución hacia un estado demencial,

deficitario, defectuado y deteriorado.

El comienzo es insidioso, el adolescente suele manifestar dificultades en el aprendizaje, que marcan diferencia con su anterior lucidez, a veces notoria.

Progresivamente se va acentuando el aislamiento y un estado de ensoñación sobre el que va instalándose el cuadro delirante y alucinatorio. Las descompensaciones se suceden, dejando al paciente cada vez más pueril. Su carácter se torna caprichoso e indolente.

El cuadro suele ser florido con fenómenos de productividad psicótica manifiesta (alucinaciones, delirios, alteraciones de la voluntad y de la motricidad).

D) Catatonía:

Esta forma de esquizofrenia fue descripta por Kahlbaun en 1874. Se caracteriza por el predominio de los transtornos psicomotores.

La catatonía es un síndrome psicomotor caracterizado por: pérdida de la iniciativa motriz, cierto estado de rigidez muscular y fijación de las actitudes, posturas anormales, obediencia automática o negativismo expresado en conductas de rechazo, mutismo, no aceptación de los alimentos. El paciente se muestra estuporoso, es decir, casi sin contacto consciente con el medio que lo rodea, en un estado de inercia e inmovilidad. Pueden manifestarse trastornos notorios del lenguaje: jergafasia o ensalada de palabras, ecolalia, ecomimia, gestos estereotipados.

Un signo semiológico rara vez ausente es el carácter seborreico de la piel, que le da un aspecto brillante y contribuye a remarcar el carácter de asombro o perplejidad de su rostro.

Esta forma, si bien es la más grave, porque evoluciona rápidamente y puede llevar a la muerte, es poco frecuente en la actualidad, principalmente gracias a la difusión del uso de neurolépticos.

El paciente puede salir espontáneamente de los estados catatónicos, como en un despertar. Habitualmente lo hace con accesos de hiperquinesia o furor que son de suma peligrosidad.

Estos accesos suelen repetirse con cierta periodicidad. Fuera de estos episodios los pacientes suelen demostrar una exquisita sensibilidad artística como la más absoluta excentricidad. Estos rasgos son compartidos por la forma paranoide y pueden detectarse claramente en las obras de Van Gogh, los escritos de Strindberg y en Hölderling.

Diagnóstico diferencial

Existe una tendencia natural a sobrediagnosticar la esquizofrenia, debido a que es la más frecuente de las psicosis y a la vez la más estudiada. Me parece importante aclarar cuáles son los errores diagnósticos más comunes.

— En la adolescencia suelen darse crisis de suma gravedad que remedan al inicio de un proceso esquizofrénico, sin embargo, esto sólo puede verificarse siguiendo la evolución del cuadro, por lo tanto es importante extremar las precauciones, el número de entrevistas, para no caer en los diagnósticos apurados que generalmente conducen a la estigmatización del paciente que se sabe esquizofrénico "porque así se lo han dicho", así recibe dosis importantes de neurolépticos, cuando no internaciones innecesarias, y la familia corrobora y tiende a mostrar escasa tolerancia ante las crisis.

Es bien sabido que el aislamiento, o la tendencia al misticismo, la hipocondría y la impulsividad son características habituales en los adolescentes, siendo más acentuadas aún en las formas graves.

— La productividad psicótica del parafrénico: alucinaciones cenestésicas y auditivas, ideación delirante polimorfa, exaltación en las descompensaciones, suelen provocar confusiones en el diagnóstico, ya que estos síntomas también pueden presentarse en la esquizofrenia. Para diferenciarlos es imprescindible tener en cuenta que en la esquizofrenia se acompañan de una profunda alteración de la afectividad, hecho que habitualmente condiciona el aislamiento. Además, la edad de comienzo es más tardía en la parafrenia.

La esquizofrenia presenta empobrecimiento y deterioro, que si bien no son constantes, son característicos.

— En la edad adulta, el diagnóstico diferencial más importante es con el trastorno fronterizo (limítrofe) de la personalidad, también llamados "borderlines". Este cuadro se correspondería con las descripciones de las "locuras" que postula la escuela francesa.

Estos pacientes suelen tener descompensaciones psicóticas que remedan los brotes esquizofrénicos. Cursan con delirios paranoides, alucinaciones auditivas, excitación, agitación,

gran ansiedad, pero tienen una característica que los distingue: estos sujetos remiten rápidamente una vez internados, es decir que se "arman" de una manera diferente al esquizofrénico, en el que un brote tarda aproximadamente un mes en remitir, entrando en un estado de abulia y apatía.

En los fronterizos suelen ceder sus síntomas delirantes y alucinatorios, quedando expuestos, en cambio, su gran ansiedad, impulsividad y labilidad afectivas, que lo llevan a una permanente demanda terapéutica. Esto contrasta con el desinterés y desafectivización de los esquizofrénicos.

Para el diagnóstico diferencial también contribuyen los antecedentes: la personalidad previa del borderline se describe como un ser ansioso, frágil, con tendencia al mimetismo (el paradigma sería el personaje-camaleón, ideado por Woody Allen).* Suelen tener tendencia a las adicciones y otros síntomas graves.

Para finalizar, quisiera destacar que los estados fronterizos cursan sin deterioro intelectual. Además, son sumamente refractarios a la medicación.

— Las diferencias con la paranoia ya fueron explicitadas. Resumiendo, recalco que el mecanismo delirante es interpretativo, razonado, lógico y sistematizado, quedando conservados los demás aspectos de la personalidad. No presentan alucinaciones ni ilusiones. Por lo general comienza luego de la cuarta década de vida.

— Un cuadro a tener siempre en cuenta es la presencia de un tumor cerebral, sobre todo si asienta en los lóbulos frontales o temporales. Pueden darse síntomas como excitación psicomotriz, delirio paranoide, alucinaciones, agitación. Característicamente estas crisis se dan en adultos y jóvenes sin antecedentes de psicosis, y se acompañan de signos de foco neurológicos: estupor, afasia, vómitos, cefaleas, fotofobia, etc.

Bibliografía

Ackernegh, E.H.: *Historia de la Psiquiatría*, Editorial Eudeba, Buenos Aires, 1959.

Bercherie, P.: *Los Fundamentos de la Clínica*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1980.

* Hago referencia al personaje protagonista de "Zelig".

Cervantes, M. de: *Cinco Novelas Ejemplares*, El Licenciado Vidriera, Centro Editor de América Latina, Bs. As.,1980.

Ey, H.: *Tratado de Psiquiatria*, Editorial Masson, París, 1987.

Freud, S.: *Obras Completas*. Neurosis y Psicosis, La Pérdida de la Realidad en neurosis y psicosis, e Historial de Schreber, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

Kaplan, H., Saddock, B. y cols.: *Tratado de Psiquiatría*, Editorial Williams & Wilkins, Baltimore, 1990.

Kernberg, O.: *Trastornos fronterizos y narcisismo patológico*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988.

Mayer Gross, W.: *Psiquiatría Clínica*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.

Pereyra, C.: *Las Parafrenias*, Editorial El Atenec, Buenos Aires, 1943.

Pereyra, C.: *Las Esquizofrenias*, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1943.

Ricón, L. y cols.: *Problemas en el Campo de la Salud Mental*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991.

Sábato, E.: *Sobre Héroes y Tumbas*, Informe sobre Ciegos, Editorial Seix Barral, Barcelona, 1961,

Vidal, G., Usandivaras, R.: ***Enciclopedia de Psiquiatría***, Editorial El Ateneo, Bs. As., 1987.

Escritura nodal y psicosis*

José Fernández Tuñón

La incorporación del Nudo Borromeo a partir de Au Pire ("lo he encontrado ayer") es la puesta en acto del intento de encontrar una escritura no lineal, que vaya más allá del enhebrado secuencial de las palabras, que no quede enredada en la lógica del discurso.

> *"¿Para qué diablos lo he introducido?*
> *Lo he introducido porque me parecía que eso tenía que ver con la clínica".*
> *(Momento de concluir, 14/2/78)*

La Integración de lo Simbólico e Imaginario en relación a lo real es lo que define la condición de parlêtre.

Escritura Borromeica, entonces, que permita un abordaje de lo real de otra manera.

> *"Nudo Borromeo es una escritura que soporta un real."*
> *"La escritura de ninguna otra cosa que ese nudo tal como se escribe para el decir según la ley de la escritura es puesta en plano."*

* Trabajo presentado en la IV Reunión Lacanoamericana. Montevideo, noviembre 1991.

Por lo tanto la escritura nodal, al permitir un abordaje de lo real de otra manera, posibilita escribir una nueva clínica fundada en las diferentes posibilidades de anudamiento de los tres registros en lo real del Nudo Borromeo.

Escritura que es del orden de la mostración "nada es demostrado por el nudo, sino mostrado" (*Les non dupes errent*, 19/3/74). Demostrarlo será devolverlo a la red del discurso, a la lógica tradicional de la cual se propone extraerlo.

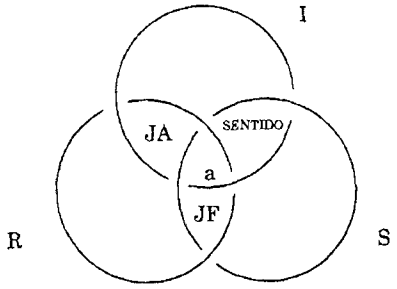
Si recordamos dos propiedades fundamentales del N. B.:

1 - Es suficiente cortar cualquiera de los 3 anillos para que los otros 2 queden libres.

2 - Cada uno de ellos es equivalente al otro, ninguno tiene estatuto privilegiado.

De esta última propiedad podemos deducir que la clínica en su heterogeneidad se podrá escribir en lo singular de un anudamiento Real-Simbólico-Imaginario y no más por ausencia o falla en uno de los registros.

Esto cobra especial importancia en el caso de la psicosis en tanto que en el seminario que consagró su estudio ésta resulta de una falla en la constitución de un registro (Simbólico) que a través de un mecanismo específico (forclusión) de un significante (Nombre del Padre) deja al sujeto expuesto en el mejor de los casos a compensaciones imaginarias siempre parciales, siempre caminos vecinales.



Nudo Borromeo Mínimo

Primacía de lo simbólico en ese momento de su obra que si recordamos la equivalencia, la homogeneidad como una de las propiedades borromeicas entre los tres registros, la posible escritura debe constituirse alrededor de una particular forma de anudamiento y no ya por la falla en uno de los registros.

El N. B. escribe de otra manera la clínica. El corpus teórico que intenta dar cuenta de la psicosis tiene referentes que ya no son los mismos a pesar que sus nombres lo sean.

> *"Se me preguntó si había otras forclusiones que la que resulta de la forclusión del nombre del padre. Es muy cierto que la forclusión, eso tiene algo de más radical puesto que el N. P. es algo, al fin de cuentas, ligero; pero es cierto que es ahí que eso puede servir, en lugar que la forclusión del sentido por la orientación de lo real; no llegamos ahí todavía!"*
> *(Le Sinthome, 16/3/76)*

Separación entonces entre forclusión y N. P.

El N. P. pasa a ser los N. P. (Real, Simbólico e Imaginario) y finalmente desde lo R.S.I. su carácter esencial es ser nominante, constituyendo a partir de éste la cuarta consistencia que borromeiza los otros tres registros en su anudamiento. Pasaje entonces de una concepción de la psicosis (la del *Seminario III*), que es inseparable de la noción de desencadenamiento de la psicosis, a otra, la del Seminario 22-23, que no considera que necesariamente la consecuencia clínica de la verwerfung sea el desencadenamiento clínico de la psicosis, sino que propone la posibilidad de reparar esta falla por medio del Sinthome, como forma de suplir lo no dado.

Si antes la verwerfung conducía mediante el desencadenamiento a la psicosis clínica ahora existe la posibilidad de pensar una estructura afectada por la forclusión sin fenomenología clínica (sin desencadenamiento).

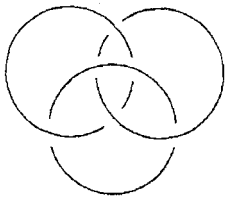
En tanto el Sinthome, como cuarto anillo, permite suplir la falla de la forclusión, abriendo la problemática de un diagnóstico diferencial de la psicosis que más allá de la clínica fenomenológica tradicional apunte a la estructura.

Esto no quiere decir que lo que plantea en el *Seminario III* sea superado teóricamente a posteriori por el N.B. sino que se trata de otro modo de escribir la clínica.

Las primeras relaciones ente psicosis y estructura nodal se dan inclusive antes del acople del N. B. con los tres registros (que se produce en *Les non dupes errent*). Así leemos en *Encore* que la psicosis es lo que resulta del desanudamiento.

> *"¿Quiere un ejemplo que les muestre de qué puede servir esa hilera de nudos plegados que vuelven a ser independientes con sólo cortar uno? No es muy difícil encontrarlo y no por nada en la psicosis. Recuerden lo que puebla alucinatoriamente la soledad de Schreber".*

Al año siguiente *(Les non dupes errent)* retoma el desanudamiento como psicosis en oposición a la neurosis que funda su carácter de irreventable en el llamado "nudo olímpico".



Nudo Olímpico
Los redondeles se interpenetran

> *"Cuando a ustedes les falta uno de los redondeles de hilo, ustedes deben volverse locos".*
> *"Cuando una de las dimensiones les revienta, por una razón cualquiera, ustedes deben volverse verdaderamente locos".*

Psicosis, entonces, es sinónimo de desanudamiento, de pérdida del carácter borromeico del nudo sin poder avanzar más en la escritura que la oposición anudamiento-desanudamiento.

R.S.I. es la historia de cómo el cuarto pasa de contingente a necesario, el cuarto (N. P. como nominante) es una necesidad lógica y de la estructura.

Con el cuarto se pierde la homogeneidad, con tres sólo era posible diferenciarlo por el sentido, cuando pongo el cuarto ya sé cuál es el tercero, introduzco una diferencia.

El cuarto, entonces, anuda y diferencia. La presentación del cuarto introduce la estructura más simple para escribir, para poder operar en la escritura.

En la clase tercera (13/1/75) comienza algo diferente, una operatoria que se centra sobre los cruces de los registros dando lugar a diferentes maneras de operar a nivel de la escritura.

> *"Es muy precisamente de eso que se trata en el análisis, es de hacer que lo real, en dos puntos que nombraré como tales, que lo real, en dos puntos pase por encima de lo simbólico."*

Esta operación a nivel de los cruces es el modo en que los cuatro de Freud se reducen para Lacan a tres.

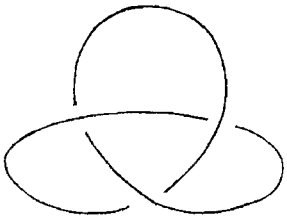
Es necesario aclarar que el nudo como escritura minimal no soporta operaciones de corte (del tipo interpretación pensada como corte y anudamiento). Si sobre un nudo realizo una operación de corte, el nudo se deshace, mediando el corte tengo una escritura y después tengo otra, se pasa de una a otra sin intermediarios.

Es en *Le Sinthome* en su clase tercera donde aparece la primera escritura nodal de la psicosis con la postulación del Nudo de Trébol para la paranoia. Esto plantea una relación posible entre la escritura minimal, el nudo matriz ("La estructura es una", nos señala en L'Etourdit) y las posibles escrituras nodales.

Si Lacan plantea por un lado el nudo matriz y por otro una escritura nodal singular para la paranoia ¿es posible pensar entre ambas una relación como la que la estructura del lenguaje (que es una) guarda con las diferentes formas de lazo social que los cuatro discursos escriben?

> *"De lo Real no hay otra idea sensible que la de la escritura, el trazo de lo escrito".*
> *(R.S.I. 17/12/74)*

Hasta la presentación del nudo de trébol, la psicosis resultaba del desanudamiento, de la pérdida del carácter borromeico del nudo, a partir de la clase tercera se incorpora una nueva escritura nodal singular, no ya la liberación de los tres registros sino una forma de anudarlos.

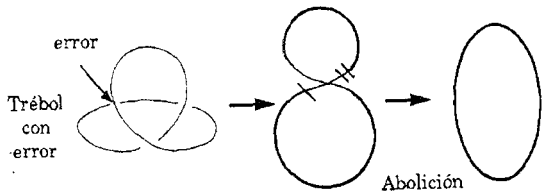


Nudo de Trebol

"En tanto un sujeto anuda de a tres lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real, no es soportado más que por su continuidad. Lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real son una sola y misma consistencia y en eso consiste la psicosis paranoica". (16/12/75, Le Sinthome)

Escritura borromeica que a través de la continuidad de los registros permite una correspondencia entre clínica y escritura, que sea una sola y única consistencia escribe lo que en la clínica aparece como la univocidad, la imposibilidad de entender otro sentido que el dado por el paranoico en su decir, del mismo modo que sea una sola y única consistencia que los tres registros estén en continuidad, está en relación con la dificultad de poder diferenciarlos en la fenomenología de su presentación clínica.

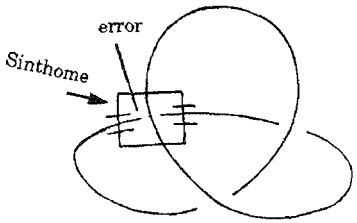
Más adelante, en la clase 6 (10/2/76), propone en el nudo de trébol, que resulta de empalmar las tres consistencias que antes eran distintas en una sola, un lapsus (es la primera vez que aparece el concepto de lapsus en la escritura del nudo) que consiste en un error en el cruce arriba-abajo que tiene como consecuencia que el nudo desaparece, se transforma en un redondel, es abolido totalmente.



Lo que impide que el nudo desaparezca es una reparación que se efectúa como otro redondel (Sinthome) que corrige las consecuencias del lapsus pero sin borrar el error en el cruce.

Este nuevo redondel que repara "in situ" el lapsus es el Sinthome, propone esta escritura nodal para Joyce como el modo en que él compensa la dimisión paterna, la verwerfung "de hecho" constituyendo un nombre propio.

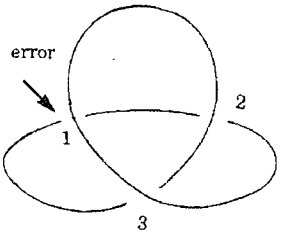
El Sinthome pone límite a la "pere-versión", es decir al goce más allá de la función esperada.



Dos elementos nuevos aparecen entonces: El lapsus del nudo (error en el cruce) y la reparación por el Sinthome.

Según aclara en la clase siguiente (17/2/76): "La intervención del Sinthome es diferente cuando eso se produce en el punto mismo del lapsus, es diferente de lo que se produce si (del mismo modo) ustedes consiguen en los otros dos puntos del nudo de tres por medio de un Sinthome".

La compensación por medio del Sinthome es diferente de acuerdo al lugar de reparación del error. E. Porge desarrolla estos dos caminos: el de la reparación en el lugar de la falla (Sinthome) y en otro lugar, que denomina por el Fantasma en relación al caso Juanito ubicando la fobia como Sinthome y la reparación por el Fantasma en ese otro lugar donde el fontanero operaría. (Littoral 4, "El imbroglio de la falta").



1. Reparación "in situ". 2-3. Reparación en otro lugar.

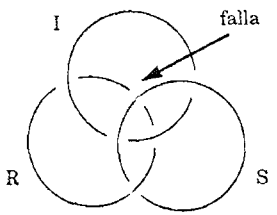
Lacan también escribe el error como doble en el cruce de lo Simbólico con lo Imaginario (en lugar de pasar por encima pasa por debajo) en el nudo de tres por lo cual los tres registros quedarían separados y el anudamiento se produciría por el Sinthome que viene a reparar esta doble falla restituyendo el carácter borromeico. (La escritura es igual al nudo de 4 que atribuye a Freud).

Recién en la última clase (11/5/76) aparece la escritura con una falla específica localizada en el cruce de lo simbólico y lo real. (En lugar de pasar por debajo, lo simbólico en los dos cruces con lo real, en uno de ellos pasa por debajo y en otro por encima).

Como consecuencia de esta falla el redondel de lo imaginario queda libre, la relación imaginaria no tiene lugar, hecho que Lacan relaciona con el no reconocimiento de la paliza a que fue sometido Stephen Dedalus según testimonió Joyce en *Retrato del artista adolescente*.

Al final de la misma clase se postula otro nudo en el cual reemplaza lo Real, lo Imaginario y el Ego (Sinthome) por rectas proyectivas, escritura que presenta el inconveniente de no marcar los cruces del Ego con lo imaginario por lo cual las consecuencias van a ser diferentes si los cruces se establecen por encima o por debajo. Si se hacen por debajo va a resultar igual al de la clase 2, que es borromeico, y no está interpenetrado lo Simbólico y lo Real.

En resumen, tenemos dos escrituras nodales: El trébol, correspondiente a la paranoia y el llamado "Nudo de Joyce" con la falla en el cruce Simbólico-Real reparada sobre el mismo cruce.



A partir de la escritura del nudo de Joyce intentaré articular una serie de preguntas que desde la clínica diferencial de la psicosis interrogan esta escritura nodal.

Lacan nos recomienda operar con el nudo: "Lo mejor es usarlo tontamente, lo que quiere decir ser un incauto (dupe), no hay que entrar en su matema con la duda obsesiva" (17/12/74).

Operatoria que conlleva el riesgo que el método se traslade a los resultados pero también nos alienta a "no remolonear demasiado".

Primera cuestión: El cruce fallido de lo S. y lo R., ¿es una forma singular de escribir esta "verwerfung de hecho", esta carencia paterna que Joyce repara con su Ego?

El error, ¿escribe la verwerfung?

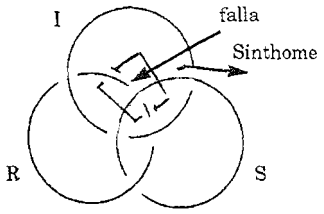
Segunda cuestión: El cruce fallido de lo S. y lo R., ¿es válido solamente para Joyce o es generalizable a la psicosis?

Si partimos de pensar que la escritura del cruce S-R fallida es escritura de la verwerfung de hecho y que esto, más allá de Joyce, se puede extender a la psicosis en su conjunto, podemos pensar que de acuerdo a cómo se repare esta falla que deja el anillo de lo imaginario suelto las escrituras nodales que resulten serán diferentes al nudo de Joyce.

El Ego de Joyce es el modo que reparó la falla in situ lo que posibilita un anudamiento no borromeico ya que lo real y lo simbólico están interpenetrados y sólo si se corta cualquiera de ellos dos se deshace el nudo, en cambio si se cortan los otros dos (Imaginario y Ego) lo R. sigue unido a lo S.

Es borromeico en un sentido pero no en otro a diferencia del Sinthome en la neurosis que restituye el carácter borromeico del nudo en la totalidad del sentido.

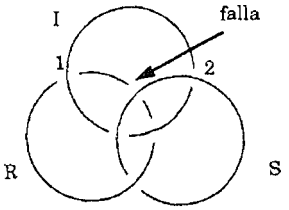
Anudamiento por el Ego que determina un amarramiento de lo imaginario con ausencia de clínica de la psicosis, reparación que no es neurotización.



Reparación en el lugar de la falla. Cruce S-R.
Nudo de Joyce

Recordemos lo planteado por Lacan en la clase 7 de *Le Sinthome* respecto a que la compensación por medio del Sinthome es diferente si la reparación se hace en el lugar de la falla o en otros puntos que también permiten impedir que el anillo de lo imaginario se libere.

Partiendo de la escritura nodal con el cruce fallido S-R podemos evitar que el anillo I. se suelte operando sobre los cruces I-R o I-S.



1. Cruce I-R. - 2. Cruce I-S. Lugares posibles de reparación

¿Psicosis?

Creo que si bien Lacan planteó la psicosis como desanudamiento en *Encore* y *Les non dupes errent* también es cierto que avanza y escribe una de las formas de la psicosis con una estructura nodal singular, el nudo de trébol para la paranoia.

En este camino creo legítimo intentar avanzar en la línea de pensar la posibilidad de encontrar formas de escribir nodalmente lo que la clínica de la piscosis nos muestra como diferente.

Lo que de la fenomenología de la clínica de la psicosis podemos ubicar en el terreno de lo imaginario ¿corresponde a un desanudamiento, a una liberalización del anillo de lo Imaginario o a una particular forma de anudamiento de los registros que amarran, precariamente es cierto, lo Imaginario en relación a los otros dos registros?

¿Lo que se produce en esta clínica de lo Imaginario no podrá pensarse como una forma diferente de relación entre los registros cuando la reparación no se efectúa en el lugar mismo de la falla (como Joyce) sino en los otros cruces I-R e I-S?

Recordemos que Lacan nos señala que en el nudo borromeo inclusive lo que se produce entre dos registros (S-I por ejemplo) es posible porque el tercero (Real) está, aunque sea excluido.

La clínica de la psicosis nos muestra una fenomenología absolutamente heterogénea.

Existe una forma clínica (Esquizofrenia) en la que los fenómenos de fragmentación corporal, desrealización, aparición del doble están en primer plano. En cambio en otra forma clínica (Parafrenia) la imagen corporal no se fragmenta, no se atomiza en las siniestras imágenes que Lacan nos recuerda de las pinturas de Bosch.

De una de estas pacientes Lacan dirá: "No tiene la menor idea del cuerpo que tiene bajo ese vestido, no hay nadie que habite esa vestimenta, ilustra lo que yo llamo El Semblante".

Disyunción entre cuerpo e imagen, fijación a la imagen como pura imagen, vestimenta sin cuerpo, no hay relación entre la imagen del cuerpo y el cuerpo consistente.

Esta misma paciente dirá: "Me gustaría vivir supendida, como un vestido suspendido". i(a) que le falta el carozo del objeto a pero que no se fragmenta, flota, consiste en su inconsistencia. El i(a) se desliza pero no se fragmenta; si recordamos el esquema Lambda, el eje narcisístico a-a' precariamente hace barrera a la intrusión del Otro a pesar que no puede tener un cuerpo.

Un comentario similar repite Lacan a propósito de Lol V. Stein, suerte de "durmiente viva" que en su falta de dolor, de afectos, de celos, mostraba que para sufrirlo hay que tener un cuerpo. En cambio, ella solo tenía su imagen, mostrando que había fallado esa relación imaginaria con el semejante que permite ensalzar la imagen-hábito con la sensación de tener un cuerpo.

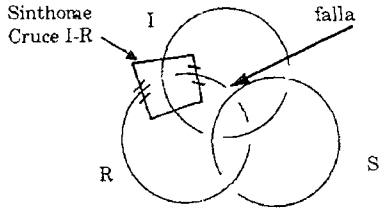
Clínica entonces, heterogénea, en la que no podemos reducirnos a pensar la psicosis como desamarramiento de lo Imaginario como única explicación, salvo en la fugacidad inaprensible de la vivencia delirante, el estupor absoluto o la catatonia extrema. En el resto de los pacientes vamos a escuchar cómo va a intentar dar cuenta de lo que le pasa en un decir que habitualmente no cristaliza un sentido, pero que en su despliegue podemos leer un modo de ubicación de lo Imaginario diferente en relación a lo Real y lo Simbólico.

En la Esquizofrenia además de este modo de aparición del cuerpo (manierismo, bizarrerías, esterotipias, etc.) aparece una radical pérdida de sentido como consecuencia de una desorganización del lenguaje que en grado extremo llega a la jergafasia.

Propongo entonces la posibilidad de entender esta fenomenología por una particular forma de relación entre lo Imaginario y lo Real sin el límite de lo Simbólico articulación entre Real e Imaginario sin el tope de lo Simbólico.

Precaria estabilización sintomática que corrige la falla en otro lugar que donde se produjo pero que permite un relativo acotamiento de aquello que no debería existir, el goce del Otro.

JA que ya no está en el horizonte como en la neurosis, sino que existe como nos testimonia Schreber y que la psiquiatría nomina como retraimiento, embotamiento afectivo.



¿Ezquizofenia?

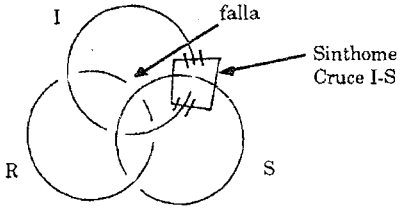
La Parafrenia, en cambio, es radicalmente diferente en relación a la Esquizofrenia y a la Paranoia. Un rasgo esencial es su adaptación a la realidad en lo que H. Ey llamaba la "displopía de la existencia". Son pacientes sociables, que trabajan, se casan, no hay pasajes al acto, su evolución, en general, se produce sin deterioro.

No son ya esos pacientes de la psiquiatría clásica que mostraban esos delirios fantásticos, exuberantes, de cosmogonías fabulosas sino un grupo de pacientes que se deslizan a través de los espacios sociales en múltiples identificaciones imaginarias, que se suceden sin oposición ni exclusión.

Son "débiles" en oposición al rigor y solidez de la paranoia; son pacientes sin personalidad pero que en su evolución espontánea han acotado un goce habitando por un lado el mundo delirante y por otro el social compartido.

En su delirio desarrollan una formación que la psiquiatría clásica llama paralógica, es decir, donde no funciona el principio de contradicción; allí donde el paranoico sólo acepta un sentido, el parafrénico sostiene más de uno lo cual hace que su posición en relación al delirio sea de creencia y no de certeza. Lo sostiene como una hipótesis ("me parece", "creo que").

Entonces allí donde la paranoia muestra la fragmentación de su cuerpo, la parafrenia presenta una imagen corporal que lo sostiene aunque no le da un cuerpo y donde la esquizofrenia puede llegar a una pérdida absoluta de sentido, la parafrenia forja una visión diploide del mundo.



¿Parafrenia?

Si propusimos el amarre de lo Imaginario por el lado de lo real en la esquizofrenia creo posible pensar una escritura para la parafrenia en que el amarre de lo Imaginario pase por el establecimiento de un cuarto anillo entre lo Imaginario y lo Simbólico sin que lo Real haga tope.

Para concluir, la preocupación acerca de la posibilidad de escrituras nodales que permitan escribir de hecho las diferencias que la clínica nos muestra está destinada a pensar cuáles han sido las diferentes maneras de suplir la carencia paterna en lo que habitualmente llamamos formas clínicas de la psicosis. Suplencias "espontáneas" fuera de todo tipo de tratamiento.

Formas de suplencia precarias, frágiles, inconsistentes pero que han sido las únicas posibles con las que el paciente ha intentado barrar, hacer tope a la intrusión de ese otro absoluto.

En el caso particular de la parafrenia, me parece que esta suplencia espontánea está muy cercana a las propuestas terapéuticas de un cuarto nudo que le permita algún lugar en lo real, algún tipo de lazo social.

Escribir lo que ya está en la clínica quizá sea una exigencia previa a proponer una escritura de lo que sería un tratamiento posible de la psicosis.

El Nudo Borromeo como propuesta quizá convoque a una segunda cuestión preliminar.

Si se pudiera escribir "de derecho" lo que la clínica escribe "de hecho", quizás estaríamos más cerca de construir navíos para andar en la arena.

Homosexualidad, paranoia y amor del padre

David Kreszes

Es un lugar común reducir la crítica lacaniana de la concepción que ubica a la homosexualidad como base de la psicosis a la frase que la hace desplazar hacia el lugar de un "síntoma articulado en su proceso" (el de la psicosis paranoica)[1]. La homosexualidad como síntoma dependerá entonces de lo que Lacan ha nombrado como regresión tópica al estadio del espejo.

Sin embargo, en su texto de 1958[1], Lacan deja algunas indicaciones suplementarias respecto a un abordaje posible de la cuestión de la homosexualidad en la psicosis. Lo hace en el contexto de su crítica a las concepciones de Ida Macalpine.

Lacan comienza elogiando el "espíritu firme" con que Macalpine leyó el historial freudiano, a contrapelo de la lectura practicada por el psicoanálisis dominante. Califica de magistral "su crítica del cliché que se confina en el factor de la represión de una pulsión homosexual (...) para explicar la psicosis"[1]. En el historial Freud habla efectivamente de pulsión homosexual, y si bien el acento está puesto en el mecanismo, en la modalidad de defensa propia de la paranoia, no deja de situar esta defensa en relación a lo que él ubica en la base: una resexualización de la elección homosexual de objeto previamente sublimada. La caída de esta sublimación es para Freud la ocasión de la puesta en juego de la defensa paranoica.

[1] Lacan Jacques, *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, en *Escritos 2*, Ed. Siglo XXI, 1975.

Macalpine critica esta idea de Freud en el prólogo y en el epílogo a la traducción inglesa de las memorias de Schreber. Escribe allí que de ninguna manera se debe concebir en el plano de la homosexualidad al delirio schreberiano.

Pero Lacan, tras acordar con esta crítica a Freud, señala el pecado que arroja a Macalpine a la vereda de los posfreudianos, a pesar de su firmeza de espíritu.

Se trata del abandono por parte de la psiquiatra inglesa de toda referencia al Edipo en su teoría sobre la psicosis. Dado que en Freud la homosexualidad está íntimamente ligada al complejo de Edipo, cuando la destituye como factor interviniente, al mismo tiempo serrucha la posibilidad de mantener al Padre y al Edipo en primer plano. Macalpine dedica varias páginas a destruir la interpretación freudiana de que en Schreber el Sol es un sustituto paterno y de que, por lo tanto, el delirio constituye para Freud una prueba de legitimidad, una ordalía. Transforma el Sol, a partir de la frase schreberiana "el Sol es una puta", en la sede de una proyección de su doble naturaleza (remisión a la incertidumbre sexual de Schreber) y de sus posibilidades procreativas, puesto que es el Sol el que fertiliza, da vida y mantiene lejos a la muerte. Todo se explicará entonces a partir de la emergencia de primitivas fantasías de procreación preedípicas y pregenitales. Tanto la emasculación como los síntomas hipocondríacos serán referidos a estas fantasías, a las preocupaciones por el origen de la vida, etc. Las situaciones que desencadenan la irrupción de tales fantasías son las mismas que menciona Lacan, sólo que interpretadas en función de deseos de procreación insatisfechos: la imposibilidad de tener hijos y el nombramiento de Presidente del Tribunal, que colocándolo como padre entre otros padres, le hizo sentir en exceso su falta de hijos.

Respecto a la liquidación que Macalpine produce de toda referencia edípica, Lacan escribe: "Más le hubiera valido fiarse de la razón por la que Freud también aquí se obstina en una referencia al Edipo que ella no encuentra de su agrado. Esta dificultad la hubiera llevado a descubrimientos que nos hubieran esclarecido con seguridad, pues *todo queda todavía por decir sobre la función de lo que llaman el Edipo invertido* [2]. La señora Macalpine prefiere rechazar aquí todo recurso al Edipo, para sustituirlo por un fantasma de procreación (...)" [1].

[1] El subrayado es nuestro.

Advertimos que Lacan no sólo le critica su rechazo del Edipo sino que propone discutir para la psicosis la función de "lo que llaman el Edipo invertido". Parece deslizarse aquí cierta confrontación con la manera en que los posfreudianos han teorizado el Edipo. En su seminario contemporáneo, *Las formaciones del inconciente,* Lacan resalta la importancia del *amor al padre* en la declinación normativizante del Edipo. ¿Se deberá reducir este amor al padre a la llamada posición pasiva respecto al padre sexuado?

Cierto es que en el historial de Schreber, particularmente en su capítulo 2, Freud refiere la ocasión del desencadenamiento a la emergencia de "una fantasía de deseo femenina", y Freud aclara "homosexual pasiva", cuyo objeto era el padre pero transferido a la persona de Flechsig. En una nota al pie, Freud le otorga a esta fantasía femenina de deseo el estatuto de una de las plasmaciones típicas del complejo nuclear infantil. Resulta sencillo entonces homologar esta fantasía al llamado posteriormente por Freud Edipo invertido. Sin embargo, a partir del historial de Schreber, y esto es lo que intentaremos rastrear, es posible hacer desplazar el complejo de Edipo invertido —sobre el cual Lacan nos llama la atención en *De una cuestión preliminar...*—, concepto que a la altura del historial freudiano podría ser simplemente concebido como amor al padre sexuado, hacia otros destinos en la obra de Freud.

En el historial de Schreber encontramos a Freud en una suerte de impasse respecto de estas cuestiones. A lo largo del capítulo 2, todo lo que hace a la homosexualidad está referido exclusivamente a la posición pasiva frente al padre. Pero en el capítulo 3 deja de lado todo lo atinente al complejo paterno con la argumentación de no haber encontrado en ese plano lo que le permita articular diferencias entre neurosis y psicosis, y se dedica a teorizar sobre el narcisismo. A partir de aquí, la elección homosexual de objeto estará subordinada a su concepción del narcisismo. La frase "yo (un hombre) lo amo (a otro hombre)" se desprenderá de sus amarras en el complejo paterno para encallar en el plano de la especularidad del semejante. Con la condición de llevar los mismos genitales que el sujeto, el semejante se constituirá en objeto de amor. Esta fase libidinal seguirá a la narcisista, en la que el propio cuerpo se había constituido en objeto de la libido. En ningún momento Freud articula las vertientes paterna y narcisista que alternativamente toma en el historial.

Volvamos entonces al complejo de Edipo invertido, mencionado enigmáticamente por Lacan. Lo que podemos llamar *amor del padre,* no deja de presentar, en textos freudianos posteriores al historial, avatares y matices diversos.

En *Psicología de las masas...* (1921) ubica como *condición* de la puesta en forma del complejo de Edipo a la *identificación al padre,* que nombra como *identificación primaria.* Situada como "la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva", no comporta una elección de objeto sino que se constituye en *precursora* de la ligazón de objeto con el padre. La aclaración de Freud es tajante: "Esta conducta nada tiene que ver con una actitud pasiva o femenina hacia el padre (...) es masculina por excelencia" [3]. Se produce de esta manera en la obra de Freud una bipartición del amor del padre. Por un lado el plano del *padre-condición de la identificación primaria,* y por el otro, el plano del *padre-objeto-de-amor del Edipo invertido.*

El padre-condición reaparece en *El yo y el ello* (1923) como *"padre de la prehistoria personal",* referencia al Padre-de-la-hora-muerto-y-devorado de *Totem y tabú:* "Esto nos reconduce a la génesis del ideal del yo, pues tras éste se esconde la identificación primera, y de mayor valencia del individuo: la identificación con el padre de la prehistoria personal. A primera vista, no parece el resultado ni el desenlace de una investidura de objeto: es una identificación directa e inmediata, y más temprana que cualquier investidura de objeto" [4].

Esta identificación directa e inmediata había sido tematizada en el mito como acto de devoración: "Un día los hermanos expulsados se aliaron, mataron y devoraron al padre, y así pusieron fin a la horda paterna. (...) El violento padre primordial era por cierto el arquetipo envidiado y temido (...) Y ahora en *el acto de devoración, forzaban la identificación con él*[2], cada uno se apropiaba de un fragmento de su fuerza". [5]

¿Cuál es la consecuencia de esta incorporación del padre? *Totem y tabú* ficcionaliza el pasaje del padre como objeto de devoración al padre como significante, dado que el efecto de esta devoración es la producción de un totem. Con lo cual tene-

[3] Freud Sigmund, *Psicología de las masas y análisis del yo,* Tomo XVIII, p. 99, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.

[4] Freud Sigmund, *El yo y el ello,* Tomo XIX, p. 33, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.

[5] Freud Sigmund, *Totem y tabú,* Tomo XIII, p. 143-144, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.

mos que decir que para Freud este mito nombra la pérdida del padre como objeto pulsional, y su producción como significante. Y esto no es otra cosa que la operación de la identificación primaria. El *"forzamiento de la identificación"* introduce una suerte de inadecuación, de mal encuentro. La devoración instala la necesariedad de la repetición del acto, puesto que, paradojalmente, *no asegura la identidad con el padre sino que instala al sujeto en pérdida respecto al ser:* "Hace falta *repetirlo* (al banquete totémico) *para reforzarlo* y volverlo duradero" (p. 137); "lo adquirido en virtud de aquella hazaña, la apropiación de las cualidades del padre, amenaza desaparecer" (p. 147).

A partir de la identificación, el ser aparece en déficit, se produce en falta. *La identidad imposible* debe ser articulada desde el lugar de la identificación primaria.

El acto de devoración del padre puede leerse a la luz de las observaciones metapsicológicas del artículo *La negación*. Freud traspone a términos pulsionales orales el juicio de atribución, el cual debiera ser considerado la condición del juicio y no un juicio en sí mismo. En *Totem y tabú* el padre es afirmado (Bejahung) como significante (producción del totem); al mismo tiempo es rechazado (Ausstossung) el padre como objeto pulsional. La forma pulsional del mito del parricidio nos revela un núcleo de verdad: es por el orificio marcado por la demanda pulsional que el padre desaparece como objeto constituyéndose como perdido e imposible y *reapareciendo* como significante.

En *Psicología de las masas*... Freud escribe sobre la identificación primaria en estos términos: "Se comporta como un retoño de la primera fase, oral, de la organización libidinal, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal" [3]. Este *aniquilamiento del padre como objeto pulsional* debe homologarse a la Ausstossung citada del artículo *La negación*.

Es sabido que Lacan se ha afirmado mucho en este artículo freudiano, entre otras cosas, para postular que en la psicosis hay rechazo, ausencia de inscripción del significante del Nombre del Padre. Lacan va a poner en serie la Ausstossung con la Verwerfung que Freud utiliza en el historial del Hombre de los Lobos para decir que su paciente no quiso saber nada de la castración en el sentido de lo reprimido.

El mito del padre de la horda nos permite concebir de alguna manera la inscripción del padre como significante. Mitifica esa inscripción. Me parece que podemos referir la función del

significante del Nombre del Padre que Lacan desarrolla como consecuencia de su teoría del signficante, al *amor del padre* que en Freud aparece tematizado desde la identificación primaria. Resulta evidente que en ningún texto Freud ubica esta ligazón primitiva al padre en una dimensión imaginaria, sino eminentemente simbólica.

Tenemos que decir entonces, que en la psicosis se trata de la falla de la identificación primaria en cuanto ésta supone el primitivo enlace al padre no sexuado (anterior lógicamente a la puesta en juego de la diferencia sexual), al padre-condición. Entonces, si ahora tenemos otra vía para caracterizar el *amor al padre o el amor del padre, concibiéndolo no como posición pasiva frente al padre sino en el lugar de la identificación primaria, de la constitución del padre como significante,* nos resultará fructífero el retorno al historial de Schreber. Nos servirá la frase que Freud construye en el historial: *"Yo lo amo"*. Freud ubica esta frase en el fundamento precedida por un *no* que la contradice. ¿No habría que decir que ese enunciado construido nombra el lugar de la identificación primaria pero bajo el *no* del rechazo, desbordando un mero avatar narcisista de la libido?

Propongo entonces una lectura del historial desde la perspectiva abierta por los textos posteriores de Freud ya citados. ¿No habría entonces que redefinir aquello que Freud llama en el historial defensa paranoica frente a la homosexualidad, como rechazo del amor del padre ("No yo lo amo") tomado como identificación primaria? Si el "yo lo amo" nombra la identificación primaria, este *"no"* remite al rechazo, no es el "no" de la negación, no es la manera de afirmar algo negándolo, sino que este *"no"* en el fundamento supone la imposibilidad del surgimiento de un significante que, en una operación metafórica, producirá un sujeto ligado a la ley paterna. Me parece que es otra manera de leer esta frase que, efectivamente, en Freud está ubicada del lado del amor narcisista a un semejante.

¿Pero qué leemos en el apéndice del historial de Schreber? Que Freud concibe al delirio paranoico en una *función ordalíaca,* de prueba de legitimidad, ajena a los avatares de la homosexualidad narcisista. Menciona el ejemplo de las águilas: "Lo que hace el águila con sus pichones es una ordalía, una prueba de linaje, sobre cuya vigencia tenemos noticia entre los más diversos pueblos de los tiempos antiguos. Así, los celtas que moraban sobre el Rin confiaban sus recién nacidos a las corrien-

tes del río para convencerse de que eran realmente de su sangre. La tribu de los psylli, en la actual Trípoli, que se vanagloriaba de descender de serpientes, exponía a sus hijos al contacto con éstas; los legítimos no eran mordidos o se recuperaban enseguida de las consecuencias de la mordedura"[6]. La conclusión de Freud es: "El totem (...) respeta a los niños de la estirpe como a sus hijos y él mismo es venerado por ellos, y respetado llegado el caso, como padre de la estirpe"[6].

Creo que podemos afirmar entonces que el delirio es una ordalía, en el sentido que intenta, fallidamente, restituir algo del orden de la ligazón al padre, del encadenamiento al padre.

Será pertinente en este sentido el comentario [7] acerca de un paciente esquizofrénico que defecaba en la ducha y orinaba en la pileta de la sala de internación. Las enfermeras siempre hacían responsable al terapeuta de "las extravagancias del paciente". Un día, una de ellas, enojada, le dijo: "Su paciente es un animal". Al cabo de unos días el paciente empezó a desarrollar un delirio sobre los orígenes, donde el hombre, decía él, descendía de un animal cruzado con un humano. Ubicaba en la fundación de la estirpe a un animal. Contemporáneamente, emergió en la historia familiar un episodio en el que, siendo un niño, y estando acompañado por su padre, sufrió el ataque de un perro muy agresivo. El padre se sacó la campera a la que comenzó a sacudir para evitar que el perro se les tirase encima, y efectivamente logró poner a raya al animal. El delirio de los orígenes hundía sus raíces en esta escena en la que el padre había podido contener al animal peligroso. El padre quedaba ubicado en este lugar de animal fundador de la estirpe, y su "ser un animal" orinando en la pileta y defecando en la ducha era, de alguna manera, hacerse partícipe de una suerte de linaje de genealogía animal.

Leemos entonces en el delirio paranoico el intento de restitución, por supuesto fallido, de una de las vertientes de la identificación primaria, la que nombra la emergencia de un significante amo, el Nombre del Padre. Es la que se constituye en condición de la operación de separación que Lacan concibe en el *Seminario XI*. La otra vertiente de la identificación primaria, la alienación a la pura diferencia significante, es conse-

[6] Freud Sigmund, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, Tomo XII, p. 75, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.

[7] Kreszes David, *Aullido*, en Conjetural Nº 5, Editorial Sitio, Buenos Aires, 1984.

cuencia del encuentro entre un viviente y el significante. Por lo tanto, no dejamos de suponerla para la psicosis. La diferencia entre ambas vertientes es lo que lleva a Lacan a plantear que el psicótico está dentro del lenguaje (alienación), pero fuera de discurso (ausencia de separación).

Ubicada la psicosis respecto a lo que denominamos *amor del padre*, intentaremos situar en nuestro horizonte elementos que nos permitan abrir una investigación sobre lo que se ha llamado "el campo de las locuras" y el de la "psicosis infantil".

Que la identificación primaria instale al padre como signficante no nos dice todavía de su acto de sustituir al signficante materno. Que la metáfora paterna sea la operación que sustituye al significante del deseo de la madre por el significante del Nombre del Padre, nos alerta sobre la *potencialidad* del Nombre del Padre en la producción de dicha sustitución. *Es la identificación primaria la que instala el tiempo lógico primero de la potencialidad del Nombre del Padre.* La sustitución metafórica *necesita* de la identificación primaria; es en la metáfora que podemos leer la necesariedad lógica de este tiempo primero, tiempo prehistórico ubicable sólo a partir de la historización que la metáfora produce.

Planteada entonces esta separación lógica en dos tiempos, el tiempo de la instalación del Nombre del Padre como significante rector, y el tiempo de su acto de metaforización del significante materno, será pertinente que nos hagamos algunas preguntas. ¿Será factible concebir la inscripción del significante del Nombre del Padre en la estructura, y al mismo tiempo, su no operatividad de hecho respecto al deseo materno? ¿Nos servirá esta alternativa para pensar la dialectización en análisis de las llamadas "locuras" (no psicóticas), o los efectos indudables del encuentro con un analista en algunas "psicosis infantiles"?

En su *Seminario I* Lacan comenta el caso Dick de Melanie Klein. El progreso del niño a partir de las intervenciones de Klein llevan a Lacan a afirmar: "¿Qué ha hecho Melanie Klein? Tan sólo aportar la verbalización. Ha simbolizado una relación efectiva: la de un ser, nombrado con otro ser. Ha enchapado la simbolización del mito edípico, para llamarlo por su nombre" [8]. La simbolización del mito edípico, nombre de lo que en el *Seminario V* pasará a llamarse metáfora paterna,

[8] Lacan Jacques, El Seminario, *Los escritos técnicos de Freud*, p. 136, Paidós, Barcelona-Buenos Aires, 1981.

¿no supone acaso para su efectivización la potencialidad del lado de Klein del significante del Nombre del Padre? ¿La efectividad de sus intervenciones no se soporta de lo que la estructura misma permite? Dejaremos abiertas estas cuestiones para futuros desarrollos.

n Gogh), Etienne Gontard,

II. El sujeto en las psicosis

"El peligro que se evocará de delirar con el enfermo no es para intimidarnos, como no lo fue para Freud. Consideramos con él que conviene escuchar al que habla, cuando se trata de un mensaje que no proviene de un sujeto más allá del lenguaje, sino de una palabra más allá del sujeto"

Lacan

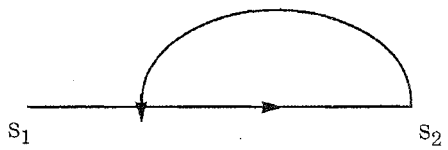
Teórico VI:
El psicótico en relación a la cadena significante. Holofrase. Significante unario. Forclusión. Postulado pasional.

Elida E. Fernández

Allí donde el neurótico se cree autor de su propio discurso el psicótico denuncia que es hablado.

Me preguntaron si en la psicosis habría significante unario.

Vamos a tratar de plantear primero algunas consideraciones acerca de la cadena significante.



Esquema básico del apres-coup

El significante unario es un puro sinsentido pero también paso de sentido *(pas de sens)*. Pensemos el síntoma como S_1, sin sentido, pero que busca el S_2, el saber, para obtenerlo. El neurótico no tolera el sin sentido, permanentemente se trata

de borrar este S_1 para "comprenderlo" dentro de un discurso posible. Hasta que surja otro S_1 que sorprende al sujeto.

La realidad psíquica es una relación organizada entre una y todas las representaciones. Es la relación del Uno con el todo, todo al cual le falta precisamente ese Uno (relación Uno-no todo o S_1— S_2, S_2', S_2").

Esta relación del S_1 con los otros S_2 no es estática sino en movimiento constante: porque hay Uno afuera los otros permanecen juntos y a su vez se suceden, siendo que siempre en el extremo de la cadena está el puesto del *sucesor* que espera ser ocupado.

El S_1 es el elemento excluido que haciendo entorno a los otros causa su consistencia y garantiza el movimiento del conjunto hacia el puesto del sucesor. Esta matriz S_1— S_2 S_2" se repite en distintas diacronías, siendo distintos elementos los que van a ir ocupando estos puestos, tejiendo distintas realidades por metáfora y metonimia.

¿Cómo opera aquí el Nombre del Padre? Primero recordemos que el N. del P. es una *función* producida por un movimiento de sustitución (metáfora paterna) que da lugar a un significante nuevo (significantes diversos que pueden ir a ocupar este lugar que aseguran la constitución de la cadena significante).

Entonces ¿cómo pensamos la forclusión del significante del N. del P.?

La organización simbólica que asegura el lugar del sucesor está abolida, ningún nombre nombra, algo no alcanza ex-sistencia, es una abolición del juicio de atribución que es preliminar al de existencia.

El movimiento de condensación y desplazamiento es el que está abolido. Se borra la diferencia entre el conjunto y su límite. El intervalo entre S_1 y S_2 es suprimido, no tiene su articulación, se solidifica en un bloque indeterminado (se deshace el encadenamiento significante).

Aparece una polarización de S_2 en S_1 (holofrase) o de S_1 en S_2 (dispersión en fragmentos, "los objetos bizarros" que encontraremos en la teoría de Bion).

Lo Uno reabsorbe a lo múltiple o lo múltiple absorbe a lo Uno. Se rompe el ordenamiento en red.

Pero no olvidemos que la forclusión puede ser local (lo escuchamos en la neurosis, en las psicosomáticas). Un punto de la trama significante no se renueva, no se dialectiza.

Discursos efecto de la represión coexisten con agujeros producidos por la forclusión, en ese punto la cadena se detiene. Se puede producir una alucinación, se entreteje un delirio, o el $ cae de la escena.

Vuelvo al cuento "Evelina" de Joyce donde en el final podemos encontrar una magnífica descripción de una forclusión. Recuerdan que lo leímos ya en una reunión anterior. Retomemos el final del cuento.

> "El se lanzó al otro lado de la barrera gritándole que lo siguiera.
> De a bordo lo instaban a que subiera, pero él se obstinaba en llamarla; ella había vuelto hacia él, fijo, su pálido rostro: pasiva, como un animal desamparado, sin un signo de amor, sin un ademán de adiós: era como si no lo hubiera conocido nunca".

La función N. del P. es el *punto de almohadillado* en el orden simbólico, es el significante que detiene el deslizamiento de la significación. Sin él nos encontramos con la *cascada significante por asonancia* o con la *puntuación de un significante cualquiera* que haciéndose signo detiene arbitrariamente la significación de la insistencia significante en un lugar cualquiera (recuerden el ejemplo de Jaime y la detención en la palabra *rafia*).

El delirio viene a suplir la ausencia de metáfora paterna estabilizando bajo una forma inédita el significante y el significado.

Hablamos del desinvestimiento del *a* con respecto al *i (a)* que reduce al sujeto a su miseria, al mismo tiempo que la forclusión *del N. del P. es correlativa del acceso al goce en tanto que interdicto.*

Recuerden *DM* de la fórmula de la metáfora. La psicosis en tanto acceso a *este goce interdicto no excluye la relación sexual como imposible.* Así llegamos a la fórmula de que por no poder ser el falo que le falta a la madre (Schreber) es La Mujer que le falta a los hombres.

El psicótico aparece por lo tanto atravesado por mensajes en ráfagas, por un lenguaje que habla solo, espiado y sometido a órdenes e inhibiciones cuya producción no puede anexar hasta que no arme un delirio que le dé consistencia.

En esta inercia dialéctica nos encontramos con el fenómeno de

la *holofrase* cuando la pareja de significantes S_1 - S_2 se solidifica.

Lacan habla del fenómeno de la holofrase en:
a) la psicosis
b) la debilidad mental
c) la psicosomática
aunque "en cada uno de ellos el sujeto no ocupa el mismo sitio".

Esta solidez, este tomar en conjunto la cadena significante, es lo que impide la abertura dialéctica que se manifiesta en la *creencia*.

Falta uno de los términos de la creencia, el que designa la división del sujeto. *El $ en la holofrase no está representado.*

El paranoico ya no cree en sus ideas delirantes sino que se sitúa frente a ellas en una posición de certeza considerada por Lacan como una carencia de creencia.

El psicótico Jean Pierre Brisset descubre con profusión holofrases que irán a nutrir la lengua originaria a partir de una descomposición fonética del francés. Por ejemplo:

Los franceses fueron el pueblo elegido pues que "il sera elite" (él será élite), los cetáceos fueron los mayores peces puesto que "c'est assez" (es suficiente) y muchos más.

De todas maneras lo que Lacan da como paradigma de holofrase es la *interjección* y gritos tales como "Socorro", "Fuego", "Pan".

Se despega de la definición lingüística para designarla como el momento particular que el sujeto en su demanda deviene por un instante idéntico a su necesidad.

Esta toma en masa de la pareja S_1 - S_2 tendría dos signos clínicos.

1) el neologismo
2) el postulado pasional

Estos dos fenómenos constituyen núcleos de inercia dialéctica donde al sujeto ya no le es accesible la duda. Ambos funcionan como "plomadas en la red".

Quizás, más adelante podamos detenernos en las psicosis pasionales.

Les quiero leer una producción donde podemos escuchar una holofrase.

Poema de Daniela
(escrito luego de interrumpir su tratamiento conmigo. Me lo trae en una "visita" que me hace).

Oceánico

El día que el sol se acerque
se quemará la tierra
por eso más vale que quede lejos
lo que a la larga nos destruye.
El día que el sol se apague
morirá todo lo que viva
por eso prefiero creer que lo incomprensible
es también lo necesario.
Habrá un día en el que el agua será
desierto y el desierto,
desierto será.
Yo no creo en Dios eterno
ni hago de mi vida un dogma
pero respeto el agua profunda
y creo en el *hombre-delfín.* [1]

Al leerla me llama la atención la aparición (en un poema que habla del fin del mundo) de la frase "creo en el hombre-delfín". Aquí podemos leer delfín como nombre del cetáceo, o del-fin referido al sentido del poema, como el hombre del fin del mundo.

Cuando la interrogo sobre este "hombre-delfín", Daniela sólo responde repitiendo la holofrase y sólo agrega un "vos sabés" y "está al final del poema".

No puede hacer ninguna asociación ni despegar estos significantes. Estamos ante una cadena significante sin intervalo. ¿Cómo se produce el intervalo entre los significantes?

La ausencia de la madre produce *hiancia* que el sujeto intenta superar mediante el juego del carretel y la alternancia presencia-ausencia del fort da. Entre el fort y el da, entre esos dos primeros significantes se introduce la función y el lugar exacto del intervalo.

En el intervalo se introduciría el objeto *a*. Cuando se produce una holofrase no hay ni objeto *a* ni sujeto.

Partamos de la praxis, partamos de la escucha.

La praxis es una acción concertada por el hombre que le pone en condiciones de tratar lo real por lo simbólico. De esto se trata en la clínica psicoanalítica.

Vamos a ubicarnos en el lugar de analistas pertrechados

[1] Subrayado mío.

por la teoría, desde allí escuchamos. Pero porque es el propio análisis el que nos permite analizar —como tarea imposible— es que podremos caminar por el borde del no saber, soportarnos no sabiendo, sólo así podremos sostener las preguntas que nos motorizan, que nos llevan a leer, a analizar, a interrogar y a interrogarnos.

Quiero hacerles escuchar dos sesiones de Jaime, paciente del Hospital Borda que atendí cuatro años, desde el 70 al 74. Medicado, internado en el manicomio.

Tenía cuando empezó su tratamiento 39 años y fue diagnosticado como esquizofrénico paranoide. Se había decidido que Jaime sería enviado a una colonia. De allí no se vuelve, esto es sabido en el Hospicio. Era la condena a la cronicidad. El, al enterarse de su destino, se escapa. Lo trae la policía. En la recorrida de sala dice "me querían tirar por la borda".

Le pido al jefe de Sala que me deje tomarlo en tratamiento (como residente de 1er. año no estaba previsto que lo hiciéramos). Jaime es considerado un "loco peligroso". El jefe de Sala acepta a condición de que lo atienda con el cabo de enfermería presente y que rinda informes semanales de la evolución de *la tarea*. Mientras ésta durara J. no sería enviado a la colonia.

Lo atiendo todos los días consciente de que yo no entendía lo que él hablaba pero con la esperanza de que algún día podría hacerlo, tomo nota de todo lo que dice. Lo supervisaba semanalmente.

La presencia del cabo en las sesiones se me vuelve insoportable (al cabo supongo que también), a Jaime no sé. Le propongo a Jaime que si tiene ganas de atacarme se vaya del consultorio, si me agrede no lo voy a atender más. J. acepta (¿?). Lo empiezo a atender sin el enfermero presente. J. camina muchas veces alrededor de mi sillón (por suerte giratorio) musitando su delirio en el que empiezo a ocupar un lugar cada vez más preeminente: le envenena el mate o estoy enamorada de él.

Sesión Jaime

(en este momento no delira. Hace 6 meses que está en tratamiento).

Jaime: Hoy sí que me costó venir. Les debe costar a los matrimonios bien avenidos desprenderse de la cama.

Ayer fue el día de los santos.

Nosotros, los que no cogemos, somos los muertos en vida.

La locura es no coger, la locura es estar muerta.

Analista: — ¿Muerta?

— Sí, la locura.

Es el drama del vivir mío.

Salí con una piba crónica de Filosofía.

Los intelectuales están todos en pose. Hasta los domingos en pose.

(Entra el cabo de la sala, me pregunta si necesito que se quede, le contesto que no. Jaime se levanta, camina alrededor mío, le digo que se siente).

El sol, me da en la cara y en el cuerpo, *quiero tomar sol en el traje.*

La mujer tiene dos senos y una vagina. No le he querido dar vida a eso.

Estoy muerto en un sentido circunstancial.

Mis padres están muertos.

El *espermatolito* (neologismo reiterado en Jaime) que me llegó a mí es el más jodido.

Ahora lo tiene muerto.

Me jodieron ambos. Me cogió un hombre, los hombres se quieren aprovechar, me jodieron. La mujer también.

Todos están detrás de una ventanilla que dice *recibo.*

Yo estoy acá con muchos hombres y querer estar con mujeres es compensar, querer coger es competir con los otros hombres que cogen.

Quiero casarme para cagarlos a mis viejos y salir de casa, ellos se casaron y yo también. El infierno son los otros.

Esto es un infierno. Faltaría el 3º en discordia...

Volvemos siempre al punto cero, ¿por qué yo entré acá? Es una resaca lo que ha quedado.

El problema de los espermatozoides es a ver quién llega primero. Ud. está en la etapa de lirismo, Ud. baila los valses de Strauss. Morgan *yogulá* (neologismo) por la Psiquiatría.

Un tipo que jode a los otros es porque está bien él.

Ud. no jode pero analiza.

Si Ud. está mejor que yo me puede joder o me puede analizar.

— Desconfía

(se le cae una tarjeta)

— Se la regalo. No es comida envenenada. Es un regalo. El andar bien no es joda, no es magia.

¿Me convida un cigarrillo? (le convido)

¿Se puede el intercambio? (Cuando voy a encender mi cigarrillo me dice que deje que lo prenda él así no me quemo).

— La mujer quiere tener un tipo muy parecido a ella, unisexo, le choca que el hombre vaya armado.

— ¿Armado?

— Para poder coger, las armas son la vestimenta.

¿Sabe que Dostoievsky se casó con la taquígrafa que le tomaba nota de todo?

Sesión

(Jaime ha sido dado de alta provisoria. Sigue viniendo a atenderse a la sala. Ha transcurrido un año).

Jaime: Tengo una culpa terrible por no venir (el día anterior había faltado).

La quiero cuestionar.

Ud. se puede equivocar, ¿sí o no? No me diga que Ud. es la dueña de la verdad.

Pienso que como Cortázar yo puedo idealizarla a Ud. y uno entra en el papel de boludo.

Tengo que cortar el cordón umbilical con Ud.

Lo que nosotros hacemos es *la pareja.* Ud. tiene..., no cariño, necesidad que yo esté en terapia.

¿No será Ud. la que no quiere venir más?

Quizás Ud. sólo me vea como material interesante. (Se queda callado).

A — Parece haberse puesto triste.

J — Para que Ud. me atienda tengo que estar cagado.

Lo más positivo es el alta.

Pero estoy cagado.

A — ¿Cómo es estar cagado?

J — No andar bien con los padres, no ser independiente, tener la espada de Damocles.

Mi viejo es un gallo que picotea todo.

¿A Ud. le gustaría que yo estuviera de nuevo acá así no le falto nunca?

A — No, no me gustaría. Lo quiero atender para que esté afuera de acá, del manicomio.

J — ¿Por qué no veranea acá?

Quiero venir ocho veces por semana.

O me mudo a Villa Freud

¿Ud. vive en Villa Freud?

A — Sí.

J — Tengo un cambio emotivo, emocional y económico, las

tres E de Elida. Ud. me afanó la locura, otro poco la abandoné yo y otro poco se la encajé a cada uno.

Alienado no quiere decir loco sino ahogado.

Quiero escribir como Ud.

— Escriba.

(A las sesiones siguientes me trae un poema escrito por él).

Himno a la generación vencida

Quien quisiera volcar su grandeza
Sobre el cuerpo cansado y vencido
Hallará al paso En su vida
Que ha sido grandioso y miseria

Comentarios

Jaime habla de hombres, de mujeres, de vida y de muerte. Pero las mujeres son definidas como dos senos y una vagina. Los hombres van armados por su vestimenta. El toma sol en el traje. No hay sexuación, no tiene un cuerpo. Por lo tanto la trama deseante entre un hombre y una mujer no se puede establecer.

"Nosotros" (analista y paciente) somos una pareja.

La falta de un punto de capitón hace un hablar errante, asocia por contigüidad o por oposición: Santos —muertos— locura— muerta.

La oscilación se presenta también en la transferencia: quiere cortar el cordón umbilical conmigo, quiere venir ocho veces por semana.

Lo analizo —lo cago.

Intenta situarse en homologación especular conmigo. Me regala un encendedor, se compra otro igual. Yo escribo, él escribe. "Faltaría" el tercero en discordia. Dentro de este intento de especularizarse algo va conformándose como distinto: yo transcribo su hablar, él escribe poemas.

El me enciende los cigarrillos, cuida que no me queme. El fuego (él fue internado por orden del juez por provocar un incendio) va a ir configurándose como un significante fundamental. Hablará de niños quemados (él había sido quemado "accidentalmente" por su madre a los 3, 4 años), comprará con sus ahorros un encendedor, trae cajas de fósforos a las sesiones, controlará que no me queme pidiéndome encenderme él los cigarrillos. Fi-

nalmente cuando lo encuentro tres años después por la calle Jaime trabaja repartiendo cargas para encendedores.

Entonces, retomando nuestra pregunta inicial: ¿Hay sujeto en las psicosis? Planteamos que no hay un sujeto dividido por el significante, afectado y efectuado por la castración. Cuando se pensaban las psicosis como déficit de las neurosis era más sencillo contestar simplemente no hay un sujeto dividido y punto. Si pensamos las psicosis como una estructura distinta a las neurosis la respuesta no puede quedar allí.

Tenemos que pensar otro sujeto, el sujeto pleno, no dividido, el sujeto de la certeza, de la increencia, el que queda solidificado en la holofrase, el que sabe demasiado, sujeto del goce, sujeto de un saber en exceso que no pasó por los avatares de la represión.

Bibliografía

Miller, J.: *Matemas II.* Edit. Manantial

Maleval, Jean Claude: *El Campo pasional en la psicosis.* Apertura Nº 4. Cuadernos Psicoanálisis. Barcelona

Mannoni, Octave: Presidente Schreber, Profesor Flechsig en Carpeta de Psicoanálisis I.

Teórico VII:
Confrontación al objeto como real goce. Imposibilidad del corte. Pasaje al acto. Delirio de negación de Cotard.

Elida E. Fernández

Lo que el sujeto incorpora normalmente en su relación con la madre es un significante que a ella le falta y al cual está referida.

¿Qué ocurre cuando el niño no se ve confrontado con este significante que lo introduce en lo simbólico como no siendo el falo de la madre?

Aquí el sujeto se ve confrontado al *objeto real*, ajeno al significante, lo que hace que en su relación con la madre no haya una referencia tercera, no esté inscripta la falta. En lugar de la falta hay un *objeto de más* que lo impulsa a desembarazarse de él para construirla, en lugar de la inscripción de la castración hay un objeto que sobra ante lo cual lo único que puede intentar *es mutilarse*.

El cuerpo tiene que evacuar el objeto para abrirse a la falta, fíjense el lugar privilegiado que tienen los excrementos en la psicosis. Si no hay falta no hay posibilidad deseante, sólo queda arrojado el *goce*. Palabreja esta que se las trae. En castellano significa "sentir placer por poseer algo halagüeño, apetecible, útil".

Por momentos cuando se insiste tanto en el goce del psicótico se escucha cierto deslizamiento a este sentido y parece per-

derse de vista el concepto de *goce*. Situémoslo fundamentalmente como a) aquello que escapa al principio de placer, principio de realidad, que está más allá, b) la satisfacción de la pulsión donde el sujeto está tan fusionado al objeto que desaparece y c) lo que no sirve para nada.

El primer nombre que podemos darle al goce en la teoría freudiana es el de *masoquismo*. En el psicótico el goce aparece claramente como una *orden*, único lazo del sujeto con el Otro cuando no hay falta.[1]

Hecho este pequeño desvío, volvamos a nuestro punto de partida.

El psicótico encuentra lugar en el Deseo de la Madre como objeto parcial: boca, excremento o pene. Como objeto parcial queda pendiente de la omnipotencia materna y se ofrece a su goce.

No hay falta en el sujeto en tanto no hay falta en el Otro, pero la búsqueda de esta falta para poder alojarse en el Otro lo lleva a marcar en lo real lo que no se inscribió en lo simbólico. El pasaje al acto intenta muchas veces ubicar esta falta, sin éxito.

El cuento "La lengua" de Horacio Quiroga ilustra magistralmente esta necesidad de producir un corte en el Otro no teniendo los recursos de la simbolización. Al no producirse el efecto de separación del Otro sólo queda la repetición infinita de un acto nunca logrado.

La lengua

Hospicio de las Mercedes...

"— No sé cuándo acabará este infierno. Esto sí, es muy posible que consigan lo que desean. ¡Loco perseguido! ¡Tendría que ver!... Yo propongo esto: ¡A todo el que es lengualarga, que se pasa la vida mintiendo y calumniando, arránquesele la lengua, y se verá lo que pasa!

¡Maldito sea el día que yo también caí! El individuo no tuvo la más elemental misericordia. Sabía como el que más que un dentista sujeto a impulsividades de sangre podrá tener todo, menos clientela. Y me atribuyó estos y aquellos arrebatos; que

[1] Podríamos situar en relación al goce:
- Paranoicos: identificando su goce en el lugar del Otro.
- Esquizofrénicos: localizando el goce en los órganos (por estar sin un discurso establecido para un cuerpo no constituido como tal).
- Melancólicos: centrando su goce en el yo (aplastado por el objeto que no puede perderse).

en el hospital había estado a punto de degollar a un dependiente de fiambrería; que una sola gota de sangre me enloquecía...

¡Arrancarle la lengua!... Quiero que alguien me diga qué había hecho yo a Felippone para que se ensañara de ese modo conmigo. ¿Por hacer un chiste?... Con esas cosas no se juega, bien lo sabía él. Y éramos amigos.

¡Su lengua!... Cualquier persona tiene derecho a vengarse cuando lo han herido. Supóngase ahora lo que me pasaría a mí, con mi carrera rota a su principio, condenado a pasarme todo el día por el estudio sin clientes, y con la pobreza que yo sólo sé...

Todo el mundo lo creyó. ¿Por qué no lo iban a creer? De modo que cuando me convencí claramente de que su lengua había quebrado para siempre mi porvenir, resolví una cosa muy sencilla: arrancársela.

Nadie con más facilidades que yo para atraerlo a casa. Lo encontré una tarde y lo cogí riendo de la cintura, mientras lo felicitaba por su broma que me atribuía no sé qué impulsos...

El hombre, un poco desconfiado al principio, se tranquilizó al ver mi falta de rencor de pobre diablo. Seguimos charlando una infinidad de cuadras, y de vez en cuando festejábamos alegremente la ocurrencia.

— Pero de veras —me detenía a ratos—. ¿Sabías que era yo el que había inventado la cosa?

— ¡Claro que lo sabía! —le respondía riéndome.

Volvimos a vernos con frecuencia. Conseguí que fuera al consultorio, donde confiaba en conquistarlo del todo. En efecto, se sorprendió mucho de un trabajo de puente que me vio efectuar.

— No me imaginaba —murmuró mirándome— que trabajaras tan bien...

Quedó un rato pensativo, y de pronto, como quien se acuerda de algo que aunque ya muy pasado causa siempre gracia, se echó a reir.

— ¿Y desde entonces viene poca gente, no?

— Casi nadie —le contesté, sonriendo como un simple.

¡Y sonriendo así tuve la santa paciencia de esperar, esperar! Hasta que un día vino a verme apurado, porque le dolía vivamente una muela.

¡Ah, ah! ¡Le dolía a él! ¡Y a mí, nada!

Examiné largamente el raigón doloroso, manejándole las

mejillas con una suavidad de amigo que le encantó. Lo emborrraché luego de ciencia odontológica, haciéndole ver en su raigón un peligro siempre de temer...

Felippone se entregó en mis brazos, aplazando la extracción de la muela para el día siguiente.

¡Su lengua!... Veinticuatro horas pueden pasar como un siglo de esperanzas para el hombre que aguarda al final un segundo de dicha.

A las dos en punto llegó Felippone. Pero tenía miedo. Se sentó en el sillón sin apartar sus ojos de los míos.

— ¡Pero hombre! —le dije paternalmente, mientras disimulaba en la mano el bisturí—. ¡Se trata de un simple raigón!

¿Qué sería si?... ¡Es curioso que les impresione más el sillón de dentista que la mesa de operaciones! —concluí, bajándole el labio con el dedo.

— ¡Y es verdad! —asintió, con la voz gutural.

— ¡Claro que lo es! —sonreí aún, introduciendo en su boca el bisturí para descarnar la encía.

Felippone apretó los ojos, pues era un individuo flojo

— Abre más la boca —le dije.

Felippone la abrió. Metí la mano izquierda, le sujeté rápidamente la lengua y se la corté de raíz.

¡Plum!... ¡Chismes y chismes y chismes, su lengua! Felippone mugió echando por la boca una ola de sangre y se desmayó.

Bueno. En la mano yo tenía su lengua. Y el diablo, la horrible locura de hacer lo que no tiene utilidad alguna, estaban en mis dos ojos. Con aquella podredumbre de chismes en la mano izquierda ¿qué necesidad tenía yo de mirar allá?

Y miré, sin embargo. Le abrí la boca a Felippone, acerqué bien la cara, y miré en el fondo. ¡Y ví que asomaba por entre la sangre una lengüita roja! ¡Una lengüita que crecía rápidamente, que crecía y se hinchaba, como si yo no tuviera otra en la mano!

Cogí una pinza, la hundí en el fondo de la garganta y arranqué el maldito retoño. Miré de nuevo, y vi otra vez —¡maldición!— que subían dos nuevas lengüitas moviéndose...

Metí la pinza y arranqué eso —con ellas una amígdala...

La sangre me impedía ver el resultado. Corrí a la canilla, ajusté un tubo, y eché en el fondo de la garganta una chorro violento. Volví a mirar: cuatro lengüitas crecían ya...

¡Desesperación! Inundé otra vez la garganta, hundí los ojos en la boca abierta, y vi una infinidad de lengüitas que retoñaban vertiginosamente...

Desde ese momento fue una locura de velocidad, una carrera furibunda, arrancando, echando el chorro, arrancando de nuevo, tornando a echar agua, sin poder dominar aquella monstruosa reproducción. Al fin lancé un grito y disparé. De la boca le salía un pulpo de lenguas que tanteaban a todos.

¡Las lenguas! Ya comenzaban a pronunciar mi nombre..."

El psicótico está condenado a cavar esa falta sin herramientas, pero arrojado a la relación dual con la madre queda a merced del goce del Otro materno.

El objeto nunca cae (la lengua nunca se puede arrancar, crece otra y otra y otra) no constituye falta sino excrecencia que al psicótico sólo le queda arrancar.

De esto ya podemos deducir que no hay fantasma en la psicosis.

Tomando la fórmula del fantasma:

$$\$ \diamond a$$

podemos afirmar que no habiendo constitución del sujeto dividido ni constitución deseante que posibilite el lugar de un objeto de deseo esta fórmula es imposible de escribir en las psicosis.

El sujeto de la psicosis, sujeto del goce, se opone al sujeto del inconsciente. Los significantes S_1- S_2 son tomados en masa y el niño va a no ser más que *eso* que "soporta el Deseo de la Madre en un término oscuro" quedando fuera de los efectos de sentido.

En esta imposibilidad de constituirse como sujeto barrado el psicótico oscilará entre identificarse a la excrecencia o al Otro (ser Dios).

Jaime (paciente internado en el Borda con diagnóstico de esquizofrenia paranoide) se definía por momentos así: "Soy un montón de huesos mal armados sentados en una silla".

Otro día, durante una sesión, molesto por una intervención mía, dice:

"¡Qué mal la hice! Uno tiene que estar en todo, se descuida un poco y le sale una psicóloga mal hecha... Cuando tenga un poco de tiempo la tendré que hacer de vuelta. Hay otros que tampoco me salieron bien. Los hice a todos. Algunos salieron mal".

Alrededor de este no constituirse en torno a la falta del Otro

(S(Ⱥ)) hay un cuadro que observó la Psiquiatría dentro de las melancolías delirantes llamado *Delirio de negación de Cotard* que lleva en su desarrollo último a la convicción de no poder morir jamás condenados a esa especie de muerte infinita. Claman por la muerte.

Recordemos la nosografía para ubicarnos:

Nosografía psiquiátrica

Psicosis

Agudas y Paroxísticas (modo de instalación brusco. Tendencia a la remisión)
- Manía
- Melancolía
- Psicosis delirante aguda

Psicosis crónicas (Evolución continua progresiva y altera el sistema permanente de la personalidad).
- Paranoia (delirio sistematizado)
  - místicas
  - celotipia
  - erotomanía
  - reivindicación
  - persecución
- Esquizofrenia (delirio autístico)
- Parafrenias (delirio fantástico)

Melancolía (características)
- inhibición psicomotriz
- dolor moral
- ideas de autoacusación indignidad, ruina
- conducta suicida

Melancolía (tipos)
- a) estuporosa (mínima de tristeza intensa para diferenciarse de otras formas de estupor)
- b) ansiosa
- c) delirante
- d) estados mixtos maníaco depresivos

Las melancolías delirantes

Las ideas de ruina y culpabilidad se transforman en convicciones delirantes, su cuerpo se transforma.

Siente que ha arruinado a toda su familia. Vive todos los hechos provocados por su indignidad.

Dentro de las formas delirantes hay dos de mayor importancia.

1. Delirio de negación de Cotard
2. Delirio melancólico seudocrónico.

Hay ideas de persecución más o menos intensa, ideas de vigilancia, espionaje de los vecinos, que suceden en el fondo mental depresivo, con tendencia a la autoacusación del enfermo.

Síndrome de Cotard

Descripción de Jules Seglás (clínico de la escuela Francesa) Síntomas característicos: 1) manifestaciones de ansiedad, 2) ideas de condenación eterna y desposesión, 3) propensión al suicidio y a las mutilaciones voluntarias, 4) analgesia, 5) ideas hipocondríacas de no existencia y de destrucción de órganos, del cuerpo entero, del alma, de Dios, etc. Finalmente 6) idea de no poder morir jamás.

"Se creen fuera del mundo, en una existencia indefinible que no es la vida real pero sin el reposo de la muerte física una especie de sobrevivencia dolorosa que no es para ellos más que una especie de muerte".

Marcel Czermak (Estudios psicoanalíticos de las psicosis) presenta un trabajo sobre la significación psicoanalítica del síndrome de Cotard, síndrome muy poco pensado desde el psicoanálisis, siendo sin embargo un profundo enigma para la psicosis y la melancolía en particular y posibilitando pensar nudos importantísimos de estos temas.

Los pacientes se quejan de no ser afectados ni por lo que ven ni por lo que escuchan: *hay un sufrimiento que les falta.* Las cosas pierden significado y ya no aferran. Los ojos se quedan sin mirada. "La mirada está muerta", no hay goce escópico.

El discurso huye del paciente, éste escucha pero no comprende y a medida que el discurso huye aparecen en primer plano trastornos hipocondríacos y fisiológicos.

La ausencia de significación en estos pacientes imprime la

tonalidad de anestesia afectiva, sin tristeza, junto a la indiferencia de todo aquello de lo que ella sufre. Se queja de un estado de vida perpetuo. Pide al otro que lo mate alternando con ideas de pasar por la ventana: *eyectarse para crear una falta.* Es necesario que algo falte para que la vida tenga un sentido, identificada ella al *a*, es necesario que ella falte.

Se queja de ser sin falta, sin dolor.

La retroacción de la reflexión se esfuma lo mismo que toda posibilidad de anticipación, se instala así en una instanteneidad cada vez más pura, la angustia de la vida eterna y la súplica de ser eliminado, el anhelo que haya un fin.

Ser uno mismo objeto *a* es perder toda posibilidad de duelo, es perder el objeto mismo del duelo DM

X

Esta neutralización del sujeto, esa muerte del sujeto de la enunciación, lo lleva a manifestar que ha perdido su nombre, esta pérdida se acompaña de petrificación temporal y lo eyecta fuera del tiempo. Cuando el individuo pierde su nombre que lo fija en el lugar del tiempo y en la cadena de las generaciones, que lo identifica, se transforma en inmortal.

Esta muerte del sujeto se encuentra en todas las psicosis. Esto indica la unicidad de las psicosis, el carácter central en todas las psicosis del fonómeno de muerte del sujeto, de identificación con el cadáver, con la nada, con el *a* y el modo en que se pasa de la proyección (el mundo horrible) a la caída. Es él mismo el que cae en un infierno, que se convierte en horroroso, un andrajo, una nada.

En todo esto hay una identificación con un Real en el que no falta nada, un Real sin agujero.

Ya nada los mira, ni los concierne ni los aferra.

La ausencia de división de Cotard conduce al sujeto a su esfericidad imaginaria. *Compacto, el Cotard no tiene boca, ano, pulmones, órganos. Ya no hay discontinuidad, alternancia, ritmos.*

El $ no ha advenido a la luz de lo simbólico aparece allí en lo real bajo la forma más pura de puro sujeto.

Cuando él nos dice "yo estoy muerto" estando vivo lo que ha desaparecido es el *je de la enunciación.* Los pacientes de Cotard se han identificado con una imagen en la que falta toda hiancia. Toda aspiración, todo vacío de deseo, es decir que se han quedado sin boca.

En el síndrome de Cotard se encuentra en consecuencia al

sujeto transformado en objeto eterno, fruto del sadismo del superyó devastador al punto de hacerse él mismo objeto de sacrificio. Excluido de la muerte simbólica se encuentra en el desconcierto más extremo.

Cotard es uno de los cuadros donde se nos ofrece más nítidamente el suplicio de no haber tenido el significante que origina la falta.

Es interesante retomar aquí el tema de la negación, prueba de la constitución del sujeto barrado en la neurosis. Allí donde el neurótico dice "la persona del sueño no es mi madre", y la aparición de lo reprimido es a condición de la negación, el psicótico en el Cotard *es NO* y su boca se abrirá a perpetuidad para nombrarse *NO*.

Para terminar la reunión de hoy quisiera leerles parte de la descripción que hace Cotard de uno de sus pacientes.

"El Sr. C... no se da cuenta ni del lugar en que se encuentra ni del tiempo que ha transcurrido desde que ha dejado su domicilio.

Generalmente está calmo, silencioso, por momentos pretende que las personas que lo rodean son asesinos que van a degollarlo y le acometen paroxismos ansiosos durante los cuales repite continuamente las mismas palabras con voz lamentosa. El Sr. C. declara que no sabe ni dónde está ni quién es; asegura que no está casado, que no tiene hijos, ni padre ni madre, que no tiene nombre. Pretende que no come nunca, sin embargo come enormemente. Está en un desierto donde no hay nadie y del cual no se puede salir porque no hay automóviles ni caballos. Si se le muestra un caballo dice: 'Eso no es un caballo, eso no es nada de nada".

( )

A menudo el Sr. C... dice que está muerto pero durante sus paroxismos ansiosos dice que está a medias muerto y que no podrá nunca acabar de morir; toma su brazo, su pierna, su pantorrilla diciendo: "Esto no se desengancharía jamás".

Luis Gusmán en su trabajo "Una especie de muerte" (Conjetural 17) nos dice que el sujeto está situado en el registro de la enunciación como una pura negación.

Este *NO* habla sólo en el sujeto sin que necesariamente se oponga o responda a alguna cosa.

La ausencia del significante de la falta del Otro que tacha al sujeto no le permite entrar en el sentido de la muerte.

Como los habitantes del infierno del Dante están condenados a ser eternos suplicantes.

Bibliografía

Quiroga, Horacio: "La lengua", de *Anaconda*. Edit. Losada
Fernández Tuñón, José: *Nosografía Psiquiátrica*. Ficha CEp
Cotard, Jules: *Delirio de las Negaciones*. Conjetural Nº 17
Gusmán, Luis: *Una especie de muerte*. Conjetural Nº 17.

Teórico VIII:
La pasión y las psicosis. El amor-pasión en la cultura. El mito de Narciso. Erotomanía. Clérambault. Postulado y fases. Reseña del término pasión.

Elida E. Fernández

Europa, siglo XVII, el Renacimiento. Ubicándonos desde allí podemos observar cómo *la pasión* es un título honorífico, un valor que hace al ser humano generoso y noble. Las pasiones son exaltadas en la literatura, son ejercidas, son propuestas.

Toda Europa se alimentó con la Astrea de Honorato de Urfé, pastoral de cinco mil páginas que predicaba la excelencia de la amada y las condiciones del buen amante. Veamos cuáles eran sus leyes:

1) hay que amar con exceso.
2) no tener más pasión que el propio amor.
3) no amar sino a una persona.
4) no tener más ambición que la de satisfacer a aquella a quien uno ama.
5) defender a su amada.
6) encontrar que en ella todo es perfecto.
7) no tener más voluntad que la suya.
8) dedicarla a amarla siempre.

Toda una sociedad mantenía estos ideales. "La pasión —di-

ce Pascal en el *Discurso sobre las pasiones del amor*— no puede ser bella sin exceso. Cuando no se ama demasiado no se ama suficientemente".

Lo sublime era morir por amor. Antes de desaparecer, este ideal del amor llevado al heroísmo, produce su obra maestra *La princesa de Clèves* de Mme. de La Fayette. Aunque no sería exacto hablar de "desaparición" del ideal, sino que en parte entra en conflicto con otros ideales, en parte es reprimido o circunscripto a ser eficaz en lo secreto. La pasión, el amor pasión ocupa un lugar en la cultura que históricamente ha sido enlazado a los Ideales.

Desde temprano preocupa a los filósofos de distintas corrientes, crea su cetro en las primeras novelas y sigue marcando su aposento en la literatura y aparece en la Psiquiatría del brazo de la psicosis.

Paranoia, erotomanía, celotipia y reivindicación.

¿Cómo se articulan pasión y psicosis?

Hoy voy a dejar de lado el recorrido por los filósofos (desde Aristóteles a Sartre han discurrido sobre las pasiones). Pero sintetizándolos podríamos decir que las pasiones movidas por la lucha de clases o por la razón universal, pensadas como vicios que llevarían a la locura o como germen de la creación artística reúnen para todos características comunes:

— son irresistibles.

— borran los límites del sujeto.

— poseen al sujeto que se transforma así en pasivo: padece la pasión.

Denis de Rougemont (*El amor y occidente*) describe a la pasión como una amarga desposesión, un empobrecimiento de la conciencia vacía de toda diversidad, una obsesión de la imaginación concentrada en una sola imagen y a partir de entonces el mundo se desvanece.

"Hemos perdido el mundo y el mundo a nosotros".

Denis de Rougemont toma el *Romance de Tristán e Isolda* como prototipo de las relaciones hombre-mujer de un grupo histórico, siglo XII y XIII, con sus marcas constituyentes en las instituciones que hoy tenemos. Delimita así un trazo específico de la pasión, su preferencia por la desgracia, más aún por la muerte cuya proximidad la acicatea.

La separación de los amantes responde a la necesidad interior de la pasión, cuanto más lejos más se aman, en tanto que el sufrimiento es la verdadera meta de la separación.

En esta articulación pasión-muerte Julia Kristeva *(Historias de amor)* toma la obra *Romeo y Julieta* como prototipo de la relación pasional: dedican más tiempo a prepararse para la muerte que a amarse.

— Desafío.

— Infracción a la ley que se protege con el secreto.

— La sombra del tercero.

serían los ingredientes imprescindibles para atizar el fuego de este amor-pasión que tiene a la muerte como orgasmo final.

Así en este abrazo, a diferencia del enamoramiento, el sujeto se precipita a su objeto perdiéndose, el otro no es el que contiene el agalma sino el que le otorgará todo su ser, es Todo, no lo tiene.

En esta búsqueda de una prueba de existencia, a través del amor del Otro, toma relevancia la operación del Nombre propio.

En *La identificación* Lacan dice que el Ideal del Yo se soporta en la identificación inaugural del sujeto con el rasgo. El Nombre propio, sostenido por el rasgo unario, marca la singularidad de cada sujeto, lo que hace de él pura diferencia.

Desde aquí podemos pensar cómo la pasión busca este trazo del Nombre no sólo en las erotómanas que "son amadas" por hombres famosos que le permitirían *nombrarse* en relación a ellos, como la amada *de...* aquel que porta ese nombre que a ellas les falta, sino como marca final, inscripción en la sepultura, rasgo de existencia. Lo que queda como marca luego del pasaje al acto inscripto de antemano en la misma estructura de la pasión.

El tema de la muerte, castración en lo real, y su marca final *el nombre propio* aparece articulada en las literaturas más diversas.

Cortázar en su poema "El encargo" dice en su tramo final: "Yo te pido la cruel ceremonia del tajo, la que nadie te pide, las espinas hasta el hueso. Arráncame esta cara infame oblígame a gritar al fin mi verdadero nombre".

La pasión busca a través de la muerte esa marca fundamental que lo haga UNO, que lo unifique, marca de la cual al apropiarse nos haga dueños, al menos de nuestro discurso, ilusión que nos permite situarnos como distintos en la serie.

Si pensamos el sufrimiento de la pasión y la meta de la muerte en tanto única reunión posible en ese ser, nos encontramos con la matriz misma del narcisismo; fusión del ser en el Ideal que en la pasión se precipita en la muerte en donde cree encontrarse esa marca que lo haga uno.

Vayamos al mito de Narciso. Nos encontraremos aquí con

muchos elementos que en su difusión oral se han perdido, quitándole su verdadero sentido.

Esta figura de la mitología griega fue cantada en latín por el poeta Ovidio. Era hijo del río Céfiso y de la ninfa Liríope. Al nacer Tiresias (adivino ciego) vaticinó que "viviría hasta viejo si no se contemplaba a sí mismo". Llegado a la adolescencia provocó el amor de muchas doncellas y ninfas, pero él permanecía insensible. Las ninfas son doncellas que habitan la campiña, el bosque y las aguas. Son los espíritus de la naturaleza, consideradas como divinidades secundarias que con frecuencia conforman el séquito de alguna divinidad importante.

La ninfa Eco se enamora de Narciso sin mejor suerte que las otras. Desesperada se retira a un lugar solitario donde adelgaza tanto que queda sólo de ella una voz lastimera.

Las ninfas despreciadas por Narciso piden venganza al cielo. Némesis (personifica la venganza divina y encarna el poder encargado de suprimir toda desmesura) las escucha y hace que en un día muy caluroso Narciso se incline sobre una fuente para calmar su sed. Se enamora de su imagen y al querer abrazarla se ahoga.

Su madre Liríope, ninfa de las fuentes es la que le devuelve dicha imagen, la fascinación es mutua.

La desesperación de Narciso aumenta cuando a pesar de saberla suya no puede poseerla. La maldición que pesaba sobre él era "que así ame él mismo... así no de lo amado se adueñe".

En las psicosis nos encontramos con lo que Lacan denomina: la regresión tópica al *estadio del espejo.*

"La forclusión, revelada como falla en la estructura simbólica, repercute sobre la estructura imaginaria, la disuelve, la reduce a la estructura elemental llamada del estadio del espejo" (Miller, Suplemento Topológico).

Es decir que la forclusión es solidaria de la regresión, regresión de este narcisismo donde la madre sostiene la imagen donde el niño se precipita, desaparece como sujeto en el lecho del río, de un padre sin palabra.

Lacan articula en el *Seminario Las Psicosis* este deslizamiento entre amor pasión-locura-psicosis.

Se pregunta: "¿Qué diferencia a alguien que es psicótico de quien no lo es? La diferencia se debe a que es posible para el psicótico una relación amorosa en la que está abolido como sujeto, en tanto admite una heterogeneidad radical del Otro. Pero este amor es también un amor muerto".

Nos habla allí del amor cortés para convocarnos "algo debería interesarnos a nosotros analistas, esa ambigüedad de sensualidad y castidad, sostenido técnicamente parece, en el curso de un singular concubinato, sin relación física, o al menos con relaciones diferidas". El carácter de degradación alienante de locura que connota los deshechos de esta práctica, perdidos en el plano sociológico, presenta analogías con lo que sucede con el psicótico y dan un sentido a la frase de Freud que mencioné el otro día, "el psicótico ama a su delirio como a sí mismo".

Este amor-pasión al abolir al sujeto nos pone en el terreno de la psicosis.

Es De Clérambault quien sostiene como sus dos descubrimientos principales el síndrome de automatismo mental y los postulados pasionales que distingue claramente de los paranoicos.

Postulados pasionales	erotómano celoso reivindicador
Tienden hacia un fin	delirio en sector
Paranoicos	estado de expectativa delirio en red

Aquí Lacan discrepa con su maestro sosteniendo que ambos cuadros pueden ser clasificados dentro de las psicosis paranoicas.

Creo que el diagnóstico del caso Aimée da cuenta de esta controversia que superó el interés puramente gnoseológico ya que implica una manera de pensar la psicosis y la ubicación del psicótico en relación a su objeto y la pregunta por el estatuto del sujeto en la psicosis.

Pero volvamos a De Clérambault quien despliega el postulado pasional en tres frases (para la erotomanía) que parte del *Postulado fundamental*: convicción de estar en unión amorosa con un personaje de rango más elevado que ha sido el que ha iniciado las insinuaciones. Todo esto se sostiene con interpretaciones incesantes actuales y retrospectivas.

Fases:

a) esperanza

b) despecho - persecución

c) rencor - querulancia

¿Qué es aquí lo omitido que retorna desde lo real?

Para constituirnos como sujetos todos necesitamos un nombre propio, un S_1 que opere en nosotros como marca y un lugar en el amor del Otro como objeto imaginario. Sin el amor del Otro el sujeto no tiene necesaria prueba de su existencia, es la nada del Otro.

El delirio erotómano como reconstrucción fallida intenta darse un nombre y un lugar en el amor del Otro.

La pasión como "categoría del ser" (Aristóteles) la pasión como búsqueda más allá de los límites del sujeto, precipita al acto en una búsqueda de un rasgo que nos erija uno mismo con el nombre. El pasaje al acto está incluido en la estructura de la pasión.

Aquí podríamos pensar las pasiones no ya solamente articuladas a las psicosis —terreno privilegiado para su exaltación— sino en el terreno extenso de lo humano. Momento de detención final del deseo que ya no sería ni insatisfecho ni imposible ni prevenido sino espejismo del deseo puro encontrando su objeto total y definitivo y por lo tanto realizándose en el ser.

Si el amor suple la ausencia de relación sexual, la pasión suple la falta en ser, y hace de la psicosis su lecho más fértil.

El postulado pasional en tanto toma en masa de la pareja S_1-S_2 se engloba en el fenómeno de la *holofrase* característica para Lacan del fenómeno psicótico.

Clérambault presenta una paciente Lea-Anna de 53 años con un delirio persecutorio de larga data y un delirio erotómano más reciente. Subrayemos algunos puntos de este material centrándonos en la erotomanía.

Esta parte de un postulado: el Rey de Inglaterra está enamorado de ella. Sus insinuaciones datan de 1918 a las cuales ella no ha correspondido porque no las ha comprendido. El Rey aún no se lo perdona.

Este delirio se vio precedido por un período de erotismo difuso donde se creía asediada por insinuaciones de oficiales de alto grado. Luego todo parece enlazarse a este único objeto —el Rey— que parece poner coto a la serie de hombres que se enamoraban de ella. Ella lo esperaba con esperanza. Su expectación ansiosa se ve nublada luego por sentimientos de duda:

quizás el Rey no aparezca por despecho.

Finalmente aparece la fase persecutoria: se pregunta si no está internada por orden del Rey. El se divertía burlándose de ella o haciéndola burlar. Cuando esperaba en las estaciones de tren, la gente arrojaba los periódicos al suelo lo que quería decir "el asunto está por el suelo", "ella no verá jamás al Rey".

La causa es que ella no le correspondió por no haber comprendido sus insinuaciones. Esta es su única falta.

Clérambault llega a la conclusión que la erotomanía es un síndrome de ideas con reacciones definidas y una evolución reglada donde el Postulado inicial está determinado por el *orgullo* que él define como sexual.

Hay cuatro derivaciones del postulado fundamental.

1) el amante (objeto) no puede tener felicidad sin ella (la erotómana).

2) el objeto no puede tener valor completo sin ella.

3) se establecen conversaciones indirectas con el objeto.

4) este amor es conocido por todos y suscita simpatía universal.

Por un lado no es difícil reconocer aquí los postulados del Renacimiento para el amante, con la inversión de que no es el sujeto el que ama sino el que es amado.

Por otro lado podríamos pensar que las fantasías diurnas de las muchachas histéricas que tan bien describió Freud podrían acordar con estos lineamientos. Lo que ocurre que en este caso no estamos ante el despliegue del deseo, sino por el contrario, ante su imposibilidad.

Un déficit del narcisismo, la no inscripción de la significación fálica, la llevan a la erotómana a delirar lo que no tiene como dato de constitución: el amor del Otro, en el cual ella no encuentra representación, sino que hace signo.

Cuando Raquel vino a consultarme estaba muy reticente y nerviosa. La transpiración de sus manos, que refregaba una con otra, hacían un charquito sobre el escritorio. Luego de varias entrevistas cortas contó que El la quería, le dejaba mensajes en clave, escribía palabras en latín en el pizarrón con cuyas letras tomándolas por iniciales ella armaba complicados mensajes.

Estos mensajes hablaban de encuentros a los que ella concurría en vano.

El amor erotómano es un amor inútil. Su desesperación había aumentado y había comenzado a asediarlo con cartas y llamados telefónicos.

Sí, es cierto que él la había increpado por esto, molesto, pero era sólo una manera de castigarle porque El hacía mucho que la amaba y ella aparecía indiferente.

Su certeza era inconmovible y su situación con su profesor de latín, era ya tan insostenible que la habían decidido a consultar. Otra mujer podría intervenir para hacerlo entrar en razones (a El). Ella le había dado mi teléfono que él utilizó para comunicarme su desesperación. No toleraba más el asedio de Raquel.

El me dice por teléfono: "Yo ni sabía quién era, imagínese, entre tantos alumnos, ahora la distinguiría entre mil, para huirle, claro, ya estoy perseguido".

Raquel ha logrado ser *"distinguida"* y el profesor objeto de su delirio aparece en el lugar del perseguido (de esta inversión se trata en la erotomanía). Raquel tuvo una corta internación de cinco días, siguió mucho tiempo medicada. Escribir sus memorias encauzó su delirio hacia la lectura apasionada de novelas de amor de las que ahora empieza a preguntarse algo.

Empezamos con el mito de Narciso, con esa díada fascinada en el curso del río, y esa muerte por querer adueñarse de lo que por constitución está separado. Si Narciso no se hubiera arrojado a las aguas podría, de haber vivido, argumentar El me ama. El espejo enmarcaría ahí el objeto *a* no extraído. Esto de todos modos no evitaría el *pasaje al acto* como intento de sustracción del objeto.

El *pasaje al acto* es el intento del pasional de instaurar esa separación imposible. Por eso está inscripto de entrada como intento de salida en el delirio.

Reseña del término "pasión"

Una de las *categorías* aristotélicas es la pasión, la cual se contrapone a la categoría llamada acción. La pasión es una afección, esto es, el estado en que algo está afectado por una acción.

En el sentido más general posible la noción de pasión equivale a la noción de afección del ente, el estado de algún ente en tanto afectado por una acción. En un sentido más específico la pasión es una afección o modificación del alma o de un sujeto psíquico.

La pasión es el "efecto del estar afectado", un acto de un ser paciente.

Cicerón la define como alteración o perturbación del ánimo. Así pensada ha sido objeto de estudio de autores antiguos, medievales y modernos que han procedido a su clasificación con connotaciones a veces morales.

Aristóteles indicaba que el "ser pasivo" no es un modo simple de ser, pues a veces significa una corrupción por un contrario y a veces la preservación de algo que está en potencia por lo que está en acto.

Los *estoicos* estudiaron las pasiones como perturbaciones, como algo que debe ser eliminado por medio de la razón, la cual actúa con el fin de librar el ánimo de las pasiones y darle al ánimo la libertad. Para los estoicos seguir la naturaleza es seguir la razón por lo tanto las pasiones están en contra de la naturaleza.

Los *escolásticos,* especialmente los tomistas, estudiaron las pasiones como movimientos suscitados por el apetito sensitivo.

Amor
Odio
Esperanza } Pasiones principales → determinan las
Temor pasiones secundarias

La facultad cogitativa juzga acerca de un objeto indicando si es a su entender bueno o malo y la pasión opera sobre este juicio.

La pasión además está encaminada por la voluntad.

Opiniones tomistas

En la época moderna ha sido frecuente tratar las pasiones como afecciones del alma a diferencia de las acciones del alma. En la pasión el alma experimenta algo y resulta por ello alterada.

La "doctrina de las pasiones" abarca gran parte de la teoría del alma humana, tal sucede en *Descartes* que considera las seis pasiones fundamentales:

admiración
amor
odio
deseo o apetito
alegría
tristeza

} Las pasiones difieren según Decartes de todo otro "pensamiento" en cuanto son "percepciones" o "emociones" del alma causadas por algún movimiento de los espíritus.

Según *Spinoza* hay tres pasiones fundamentales:

deseo
alegría
tristeza

} Las pasiones hacen que los hombres difieran entre sí a diferencia de la razón que hace que los hombres concuerden entre sí.

Todos los afectos del alma, incluyendo el amor y el odio nacen de la combinación de las tres pasiones fundamentales.

En la actualidad se entiende por pasión todo afecto intenso y permanente, toda invasión de la vida psíquica por un afecto que domina tanto la razón como la voluntad. La pasión paraliza la voluntad determinada por sus principios o bien la desvía. La pasión constituye el fundamento de muchos desarrollos.

Según *Hegel* la pasión se subordina necesariamente a la razón la cual usa de las pasiones para la realización de los fines esenciales del espíritu. "Si llamamos pasión al interés en el cual la individualidad entera se entrega con olvido a todos los demás intereses múltiples que tenga y pueda tener y se fija en el objeto con todas las fuerzas de su voluntad concentrando en este fin todos sus apetitos y energías debemos decir que nada grande se ha realizado en el mundo sin pasión".

"La pasión es el lado subjetivo y por lo tanto formal de la energía de la voluntad y de la actividad".

Afección: para los escolásticos era el resultado de la influencia de una "impresión" sobre la mente y por lo tanto una forma de la excitación. Alteración de la sensibilidad o del entendimiento inferior que puede ser producida por algo externo o puede responder a un estado preexistente del ánimo afectado. En el primer caso se denomina pasiva, en el segundo activa.

Categoría: "denominación", "predicación" o "atribución"

Sustancia
cantidad
cualidad
relación
lugar
tiempo o fecha
situación o postura
posesión o condición
acción
pasión

} "Géneros supremos de las cosas". Las categorías no son solamente para Aristóteles términos sin enlace no ulteriormente analizables sino también diversos modos de hablar del ser como sustancia, cantidad, cualidad, etc., lo cual sería imposible si el ser no estuviera articulado de acuerdo con tales modos de predicación.

Estoicos: Conjunto de doctrinas filosóficas, un modo de vida y una concepción del mundo, es una escuela filosófica griega y grecorromana y una "constante" histórica en el pensamiento occidental

lógica
física
ética
} Partes de su doctrina

Bibliografía

Clérambault: *La pasión erótica por las telas en la mujer.* Conjetural Nº 19.
Coexistencia de los delirios. Conjetural Nº 14.
Gusmán, Luis: *La erotomanía, un amor que no tiene nombre.* Conjetural Nº 12
Grimal, Pierre: *Diccionario de mitología.* Paidós.
Maurois, André: *Cinco Rostros del Amor.* Austral
Ferrater Mora: *Diccionario de Filosofía.* Alianza Diccionarios
Maleval, Jean Claude: *El campo pasional de las psicosis.* Apertura Nº 4, Barcelona.

Miller, Jacques Alain: *Suplemento topológico a "De una cuestión preliminar"*. Matemas I, Manantial.

Ateneo clínico: "El sujeto en la psicosis"[1]

Elida E. Fernández

"Comió en tal mal punto Tomás el membrillo, que al momento comenzó a herir de pie y de mano como si tuviera alferecía y sin volver en sí estuvo muchas horas, al cabo de las cuales volvió atontado y dijo, con lengua turbada y tartamuda, que un membrillo que había comido *le había muerto*[2] y declaró quién se lo había dado. La justicia, que tuvo noticia del caso, fue a buscar la malhechora; pero ella, viendo el mal suceso, se había puesto en cobro y no pareció jamás.

Seis meses estuvo en la cama Tomás, en los cuales se secó y se puso, como suele decirse, en los huesos, y mostraba tener turbados todos los sentidos. Y aunque le hicieron los remedios posibles, sólo le sanaron la enfermedad del cuerpo, pero no la del entendimiento, porque quedó sano y loco de la más extraña locura, que entre las locuras, hasta entonces se había visto.

Imaginóse del desdichado que era todo de vidrio, y con esta imaginación, cuando alguno llegaba a él, daba terribles voces pidiendo y suplicando con palabras que no se le acercasen porque le quebrarían; que real y verdaderamente él no era como los otros hombres, que todo era de vidrio de pies a cabeza".

El Licenciado Vidriera, Novelas Ejemplares y Entremeces
M. de Cervantes Saavedra

[1] Ateneo realizado el 11/11/92 en el Servicio de Adultos, Turno Mañana - Centro de Salud Mental Nº 3.

[2] Subrayado mío.

"Real y verdaderamente" (el psicótico) no es como los demás hombres, él "ha sido muerto".

Plantear el sujeto de las psicosis hace necesario empezar a definir la psicosis como una estructura distinta, distinta de la neurosis, distinta de la perversión.

Esto implica subrayar que no es una estructura de déficit de la neurosis, error en el que puede incurrirse cuando la definimos —a la psicosis— por lo que le falta en relación a la neurosis.

Cuando partimos de la afirmación de que en las psicosis no hay inscripción de la metáfora paterna y por consiguiente no hay inscripción del significante fálico no podemos pensar esto solamente como déficit sino como efectuando una "otra estructura".

Es decir que la pregunta sería: ¿qué efectos se producen cuando la metáfora paterna no operó?

Esto ya nos lleva a una primera aproximación al tema que nos ocupa: vamos a diferenciar *Sujeto del Inconsciente* (neurosis, perversión) del *Sujeto de las Psicosis.*

Llamamos sujeto del inconsciente al representado por un significante para otro significante. El sujeto de la psicosis no es el del par S_1 - S_2. En el psicótico, a falta de represión primaria que divide consciente e inconsciente, el lenguaje del inconsciente pasa a ser un exterior amenazante, una voz que le viene de afuera. En la psicosis, en lugar de la cadena S_1 - S_2, vamos a encontrarnos con la *holofrase* captación en masa de los significantes primordiales, sin intervalo entre ellos. Esto tiene como efecto, entre otros, una ausencia de separación del objeto, que no puede caer en su intervalo. Así a falta del significante fálico operando como significante en la falta del Otro, el objeto permanece incluido en el sujeto como algo que por *estar de más,* él debe arrancarse (toda clase de pasajes al acto como mutilaciones y suicidios bizarros dan cuenta de este fenómeno).

Melanie Klein hablaba del pene del padre persecutorio y hostil dentro de los contenidos del vientre materno. Quizá sea una magnífica forma de representarnos imaginariamente este *objeto de más* en lugar de un significante de la falta operando en lo simbólico. Es decir que a falta de una falta en el Otro el psicótico se encuentra con un objeto del que tiene que desembarazarse.

¿Cuál es el lazo del sujeto con el Otro cuando no hay falta? Este Otro aparece como un Otro gozador, sin ley, puro capricho. A este Otro arbitrario sólo puede enlazarse el goce. El go-

ce como orden imposible del Superyó, el goce a la manera del Otro. Otro que induce a un goce, más allá de lo fálico, a un goce femenino. El goce transexualista, el empuje a La Mujer, lo ubica en una posibilidad de suplir aquello que la castración no inscribió.

Así planteamos como segunda proposición que el sujeto de la psicosis es un *sujeto del goce*, sujeto sujetado al objeto de goce del Otro, oscilando entre confundirse, fusionarse, con el objeto *a* como excrecencia y con el lugar de un Otro sin tachar.

La holofrase petrifica al sujeto.

"Lo que introduce la dimensión psicótica es el hecho de que el niño viene a tomar el lugar, bajo S_1, de este sujeto, con relación a eso a lo que su madre lo reduce, es decir a no ser ya más que el soporte de su deseo en un término oscuro" (Lacan).

Así esta condensación de la cadena pone al psicótico fuera de la polisemia significante, fuera de la metáfora y la metonimia, fuera del sentido, como "desabonado del INC".

Este sujeto queda como *sujeto muerto*, intentando cavar una falta en el Otro, en lo real del Otro (ya que sus recursos no son de lo simbólico).

Voy a tratar de pensar con ustedes estas puntuaciones en el relato de los fragmentos del tratamiento de un paciente psicótico, hace ya los años suficientes como para que pueda presentarlo y desplegar interrogantes. En el momento en que lo atendí tenía algo claro: mi interés por el texto psicótico y mi abrumadora ignorancia para leerlo. Esto me llevó a tener la esperanza de que algún día podría descubrir algo allí donde todo me parecía tan críptico, entonces tomé nota de casi todo lo que él decía, grababa sesiones, y guardé cuadernos y cassettes a los que vuelvo y vuelvo muchas veces. Hoy les pido que me acompañen en una de esas vueltas.

Jaime es internado en el Borda por orden del juez. Se le diagnostica "esquizofrenia paranoide" y se lo interna en la sala ocho donde trabajábamos los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría.

Al año se le declara crónico y se lo destina a una colonia. Temible destino: de ahí no se salía y esto era el peor de los castigos. Peor que los previos: quitarles los pantalones, la furca y el electrochoque.

Jaime escapa. Lo detiene la policía y lo vuelven a traer. En la recorrida de Sala de un sábado de 1970 Jaime cuando le to-

ca su turno dice "me querían tirar por la borda". Esto me produce impresión, curiosidad y expectativas. Si Jaime intentó escapar ¿por qué no ofrecerle otra salida?

Hablo con el Jefe de Sala para que me autorice a tratarlo. No fue fácil. Entre las condiciones que impuso el jefe fue que dada la "peligrosidad" del paciente lo atendiera con la presencia del cabo de enfermería. Lo empiezo a atender todos los días. La presencia del cabo se me vuelve insoportable y desde alguna ingenuidad que luego resultó eficaz le propongo a Jaime que si quiere agredirme que se retire. Si me pega no lo voy a atender más y su envío a la Colonia sólo está supeditado al resultado de este tratamiento. Así no será necesaria la presencia del cabo. ¿Por qué funcionó?

Creo que su formulación implica una amenaza, pero en ella algo se instala como *perdible*. Jaime respeta la consigna hasta la ironía.

Una sesión, tres años más tarde, se levanta abruptamente y se va. Me sorprende, ya que no manifestaba en ese momento ninguna transferencia paranoide conmigo. Vuelve, me recuerda nuestro acuerdo y aclara "quería tirarme un pedo, licenciada, y eso sería una agresión".

Vayamos a los datos de Jaime, que al momento de su internación contaba ya treinta y ocho años. No tiene historia. Sólo datos. Es primer hijo de una familia judía, tiene dos hermanos más, uno de 35 y otro de 28.

Sus alteraciones empiezan a ser detectadas por la familia alrededor de sus 23, 24 años. Jaime no tiene relación con mujeres. Dice ser impotente. Empieza a armar un delirio "a él lo persiguen los masones porque posee el secreto de la bomba".

Su hermano decide intervenir con respecto al problema sexual de Jaime, le lleva una prostituta a la casa y lo deja a solas con ella. Jaime incendia la casa. Es internado por orden del juez.

El fuego

El fuego, quemar, quemarse, morir quemado, quemarse vivo. Cuidarme del fuego. Este ¿significante? opera desde lo real a través de todos los avatares de la vida y del tratamiento de Jaime, marcando desde sus pasajes al acto hasta la suplencia en que se estabilizó.

Voy a tomar este camino, rastrear este significante que Jaime no logra incluir en la cadena hasta su estabilización.

Dijimos que él prende fuego a la casa ante el encuentro imposible con una mujer.

En el tratamiento luego de un período de intensa paranoia en relación a mí, empieza a pedirme que lo deje encenderme los cigarrillos para que *no me queme.* Su preocupación diaria antes de cada sesión es traer fósforos. Lee lo que dicen las cajas como mensajes que le están dirigidos.

En un momento de mejoría empieza a trabajar de ascensorista en el Hospital, con el sueldo de seis meses me compra un encendedor Ronson al que llama "la máquina de hacer fuego". Controla la presencia-ausencia del encendedor permanentemente.

A los dos años de tratamiento se le da el alta, tiene una fuerte recaída. Ingiere *alcohol de quemar.* Es internado, grave, en el Rawson, en aquel momento hospital general. Está a punto de quedarse ciego. Sale. Se vuelve a internar. Se compra un encendedor igual al que me había regalado "así estamos iguales, vio".

En el 74 tiene el alta definitiva. A los dos años lo encuentro por la calle: trabaja repartiendo carga para encendedores.

Vamos a escuchar fragmentos de sesiones que puedan ayudarnos a pensar la cuestión del sujeto.

"Si no duermo voy muerto. ¿Vamos? Estoy muerto. Esto es una muerte anticipada.

Soy un montón de huesos sobre una silla.

Tengo un cambio en el sistema neurovegetativo.

Somos adúlteros, infieles los unos con los otros.

Tengo el espermatolito muerto. Tampoco menstrué.

Aquí no hay bidet, ¿cómo voy a lavarme?

Estaba internado en mi casa, terminado.

No me gusta ser hombre, me gusta ser nene y para eso a los 38 años hay que ser loco.

Estoy atascado y parado como una cosa inanimada".

Otra sesión más adelante

"Quiero detener el tiempo diciendo lo mismo al comienzo de cada sesión. Soy todopoderoso. El tiempo no transcurre. Yo digo siempre lo mismo las sesiones no transcurren.

Mi enfermedad es mía.

Mirándola bien Ud. me salió fallada.

— ¿Cómo es eso?

— Sí, que no la hice del todo bien. Cuando tenga tiempo la mejoro.

Uno no puede estar en todo.

La tengo que desalmidonar. ¿No se estará convirtiendo en un grabador?"

En estos dos fragmentos de dos sesiones diferentes se escucha la oscilación de su posición subjetiva de *a* a A pero en total fusión con el objeto y/o con el Otro.

Otra sesión

— "Cada vez que Ud. habla me agarran pinchazos en los oídos. Un pinchazo y un vacío, un pinchazo y un vacío.

¿Por qué no me permitieron vivir la vida y me dejaron una muerte anticipada?

Me meten cuchillos adentro, me quieren joder.

No tengo miedo a nada. Le tengo miedo a los vivos no a los muertos. Esto es un eterno velorio.

Primero me cagaron. Luego viene el consuelo de la terapia, de los medicamentos. Primero me cagaron.

En el Banco son terribles.

A rey muerto rey puesto.

Dijeron Jaime se murió y hicieron como si me hubiera muerto.

La mujer judía es muy exigente.

Mi padre es muy exigente.

¿Los pantalones dependen de Ud. o de la Dra.?"

Es interesante cómo me escucha Jaime: pinchazo-vacío- pinchazo.

Las palabras son tomadas como cosa.

El sujeto aparece como muerto, matado por los otros, él ofrecido a la orden del superyó que finalmente —en las psicosis— ordena "Matate".

Otra sesión

"Yo fui un imán de la alienación impregnado, bloqueado, captado.

Las culpas ajenas las tenía yo.

¿O quiere que me traiga una cruz y me ate?

No use fósforos, se puede quemar.

Acepte lo que yo le digo".

Aquí se escucha la pregunta por el goce del Otro ¿gozar de su cuerpo crucificado?

Otra sesión

"El otro día llamo a una mujer que es de la barra de la colectividad y me dice que uno de los muchachos, la sobrinita había muerto de un año porque se había quemado, la sirvienta le había dado otra caja de fósforos para que jugara y se quemó y ella me dijo sí porque yo le había dejado al padre de esta chica una cartera de *rafia* y ella me hizo notar la palabra rafia y eso me cayó como una patada en un huevo, que me haya dicho *en todo lo horrendo que había sido que la piba, no?...* que justo haya querido incluir la palabra rafia, Ud. sabe que yo no soy ningún excelso pero de pronto estamos hablando de una cosa horrenda y que me ha dicho la palabra *rafia*".

Creo que aquí escuchamos qué significa la ausencia de metáfora paterna en la estructuración de la cadena significante.

No puede venir un S_2, frente a un S_1 que no logra simbolizarse. No hay puntuación que de sentido a posteriori al S_1 en un lugar puntúa desde el delirio, *"Rafia"*, pleno de sentido, sutura la ausencia de este saber que no adviene de este sentido que no se instala.

Luego dice "no quiero volver con mi "Mamflia".

— ¿Mamflia?

— Usted-es.

Aquí corta la palabra ("ustedes", "Ud.-es") en otro lugar, pone la separación que él no puede lograr, pero en un lugar que lo deja fuera del código.

Luego del intento de suicidio dice:

"Tomé alcohol de quemar para quemar las ideas.

¿Ud. sabe que del alcohol que yo me tomé me salió una llaga en la planta del pie? Se cae la piel. Se cae por ahí".

La ausencia de castración simbólica lleva a buscar cavar agujeros en lo real, desembarazarse de eso de más, trazar en su cuerpo la falta.

Una de las últimas sesiones

"Quiero salir de la relación enfermiza con un hombre con el que hago un papel de mujer, *quiero salir con...*

Eso se va a concretar.

Tengo que hacer una conquista.
La memoria no me ayuda por eso fue lenta la terapia.
Mi situación no es fácil.

Salir de hospicio. Quizás "ella" también me va a pedir ir a la cama. Un poco la locura me la sacó Ud., otro poco se la metí a los otros, otro poco es cosa mía, la llevo puesta.

Antes yo iba en colectivo, sentía que todos me miraban, me empezaba a perseguir porque pensaba que eran los masones que me querían sacar el secreto de la bomba, me bajaba y pedía asilo en la embajada rusa. Ahora subo a un colectivo, pienso que todos me miran a mí, me acuerdo de Ud. y pienso esto me pasa porque estoy loco. Sigo en el colectivo".

Algo lo separa de su construcción delirante, algo puntúa y acota ese agujero que se abre entre él y la falta de significante fálico, la palabra del analista opera como acotamiento del delirio, un S_2 prestado que funciona ortopédicamente estabilizándolo.

Finalmente dice:

"Quiero poner un kiosco.
O trabajar para los kioscos.
Jaime de los kioscos.

Voy a repartir cargas para encendedores. Para controlar el fuego. ¿Ud. leyó "Gracias por el fuego"? Salvo por el suicidio que no concreté, que ya no quiero concretar, me identifico al personaje.

Gracias por el fuego
¿Sabe que la quiero querer?"

"Jaime de los kioscos": ¿se ha hecho un nombre?
Gracias por el fuego.

Quizá "gracias" por establecer este significante en una cadena posible, un S_2 que opera pudiendo pasar del sujeto muerto del goce al sujeto que tiene algo por conquistar, una palabra, el posible deseo de una mujer que aparece esbozado ("quizás ella también me pida ir a la cama"). Algo se abre como posible, quizás un lugar en el Otro.

Jaime de los kioscos, el que controla el fuego, un Prometeo de kioscos.

Lo forcluido en lo simbólico (el N. del P.) aparece en lo real, como la voz del Syo frente a la cual el sujeto sólo puede contestar "oigo".

Vamos a desplegar esto a partir de los capítulos XXII, XXIII y XXIV del *Seminario III* donde Lacan habla del *shifter* "tú"

(shifter: lugar donde la lingüística plantea la posibilidad de un sujeto no calculable en las reglas del sistema).

Aquí Lacan nos dice que el Otro debe ser considerado primero como un lugar, el lugar donde se constituye la palabra.

La palabra se constituye a partir de un *yo* y un *tú* (personas gramaticales) que mantienen una distancia que no es simétrica, una relación que no es recíproca. El yo está siempre ahí, a título de presencia que sostiene el discurso. Todo lo que se dice tiene bajo sí un yo que lo pronuncia. En el interior de esa enunciación aparece el *tú*.

Pero el tú no siempre es el tú pleno de tú eres mi amo, tú eres mi mujer.

Por ejemplo muchas veces escuchamos (es muy común en los adolescentes): Si mi mamá *te* ve sin hacer nada enseguida te consigue tarea.

El *te* quiere, pero siempre *te* va a encontrar algún defecto.

Esta función de la segunda persona en esta ocasión es apuntar a lo que no es persona alguna, a lo que despersonaliza.

De hecho, dice Lacan, jugando con la homofonía en francés entre tú y *tue* (muerto), *ese tú ahí es muerto* y lo conocemos perfectamente por la fenomenología de la psicosis.

Y rápidamente Lacan articula el Syo

Entonces tenemos hasta aquí esta articulación:

Tú ⟶ psicosis ⟶ Syo
(muerto, despersonaliza)

Este Syo, sigue Lacan, es algo así como una ley pero es una ley sin dialéctica. Lo relaciona con:

Imperativo categórico (Kant)
Saboteador interno (Fairbain)

Este Syo se expresa en la psicosis a través de ese *tú* incansable, incesante, que lo incita a respuestas sin sentido. El *tú* está ahí como un "cuerpo extraño". El superyó es la función del *tú*.

"Cuando el sentimiento de extrañeza afecta en algún lado, nunca es por el lado del superyó, es siempre el yo el que se siente perdido, es el yo el que pasa al estado de tú, es el yo el que se cree en estado de doble, es decir expulsado de casa, mientras el tú queda dueño de las cosas".

Entonces tenemos el tú del "tú eres eso" y el *tú* que desperso-

naliza, ¿cómo ocurre esto en las psicosis? Básicamente como frase interrumpida. Tú eres... sin mensaje. Hay un llamado del Otro, un llamado interrumpido que el psicótico se ve compelido a completar permanentemente. Este S_2 que no adviene y que obliga al psicótico a abrir con su delirio ese agujero de sentido.

Si ustedes recuerdan, encontramos en Jaime una frase interrumpida. "Todo lo horrendo que había sido que la piba... que justo haya querido incluir la palabra *rafia*". Aquí el significante que no adviene es suplantado por otro cualquiera (rafia) que lo ubica en una posición paranoica.

No es lo mismo que el Otro convoque al sujeto como Tú eres..., frase interrumpida, que como "tú eres el que me seguirá" (3ª persona del singular) o como "tú eres el que me seguirás" (2ª persona del singular).

El "me seguirás" completa ese tú en tanto lo nombra en el tiempo que corresponde al tú, el "me seguirá" corresponde a "él me seguirá".

Las implicaciones del "seguirás" están dadas por el significante que le sigue. Esta relación del significante determina el acento que adquiere para el sujeto la primera parte de la frase "tú eres el..." según la parte significante haya sido conquistada por él y asumida o por el contrario rechazada.

Volviendo a Jaime en la última sesión aparece una frase interrumpida "quiero salir con..." y un intento de completarla por una acción que podría llegar a realizar: "Eso se va a concretar". "Tengo que hacer una conquista".

Volviendo al significante primordial, la carretera principal como la denomina aquí Lacan, es la que posibilita que el sujeto pueda posicionarse con respecto al tú eres el que me seguirás. El tú es alguien a quien uno se dirige dándole una orden. Es la forma más general de designar lo que precede el enunciado de lo que da a la frase su importancia.

El tú es en el significante lo que yo llamo —prosigue Lacan— un modo de hacer picar el anzuelo al otro, de engancharle la significación. Se pregunta luego "si el tú es un significante, una puntuación con la cual el otro es fijado en un punto de la significación ¿qué se requiere para promoverlo a la subjetividad?

Contesta: "Pues bien es esencialmente cuando está captado en la función copular en estado puro, y en la función ostensiva".

En consecuencia cuando al tú le falta el significante que lleva la frase, el sujeto en lugar de contestar "yo lo soy" sólo puede quedar en un interrogante eterno donde el tú reaparece in-

definidamente quedando reducido a la pura relación imaginaria dual, agresiva: el asesinato de almas que es para Schreber la entrada a la psicosis, es el momento en que desde el Otro como tal llega el llamado de un significante esencial que no puede ser aceptado.

Jaime entra en la psicosis cuando ante el encuentro forzado con una mujer sólo puede producir —en lugar de una aceptación o no a ese mandato por la vía del significante— un incendio, prender fuego. Cuando el psicótico es llamado por el Otro aun con la frase interrumpida, el busca qué le falta a ese otro y se responde: la mujer, puedo ser La Mujer de Dios. Aquí no se trata de un goce fálico, sino del goce del cuerpo, del goce del cuerpo del Otro.

Entonces cuando el psicótico escucha el mandato del Syo, aparece este significante como cuerpo extraño. No es un significante que hace oposición con otros significantes a nivel de la estructura del lenguaje como código. Es un significante que interpela desde lo real.

Creo que en el caso de Jaime este significante que lo interpela, que tiene su precisa aparición en los pasajes al acto (prender fuego a la casa, ingerir alcohol de quemar) que lo deja en la frase interrumpida, que no puntúa, es el que luego él puede encontrar en su estabilización, controlar en una escena que no lo eyecte a él, que le posibilite ser algo distinto a un sujeto muerto.

Para finalizar quiero traer una cita más de Lacan en *De una cuestión preliminar...*

"El peligro que se evocará de delirar con el enfermo no es para intimidarnos, como no lo fue para Freud. Consideramos con él que conviene escuchar al que habla, cuando se trata de un mensaje que no proviene de un sujeto más allá del lenguaje, sino de una palabra más allá del sujeto".

Esta palabra más allá del sujeto, mandato superyoico, orden de muerte es la que el psicótico, mediante la intervención del analista, podrá intentar controlar, supliendo esa suplencia al Deseo de la Madre que nunca advino, dejándolo a él sujetado a una muerte anticipada.

Por eso a la falta de dialéctica de la holofrase y el neologismo intentamos en el tratamiento intercalar un lugar a construir, un significante a encontrar. Toda una conquista. Para Jaime la conquista del fuego.

Muchas gracias.

"Psicosis y locura", Etienne Gontard, 1993.

III. Locura y psicosis

"Es un loco el que da más de lo que tiene".

Freud
Correspondencia con Jung
22F

"El lugar que me corresponde no es el que ocupo aquí, en medio de todo eso; es necesario que me aparte de este ambiente; después de los catorce años, que hoy se cumplen, de semejante vida, reclamo a gritos la libertad..."

Camille Claudel
Carta desde el manicomio

"Los mayores de los bienes nos surgen por la locura, claro que la otorgada por don divino".

Platón, Fedro
244 a

Teórico IX:
La locura desde la antigüedad. Lacan "Acerca de la causalidad psíquica" y Hegel. El pintor Cristóbal Haizmann. Locura histérica. Diferencias entre locura y psicosis.

Elida E. Fernández

Venimos hasta ahora hablando de las psicosis. Sabemos que un sujeto neurótico puede llegar a estar loco y que esa locura semeja tanto los estallidos, los vericuetos, los avatares de las psicosis, por lo menos en su presentación, que se nos hace necesario diferenciarlas. La literatura clásica está poblada de personajes locos. Desde el psicoanálisis también Freud nos habló tempranamente de delirios en las neurosis y no solamente en la histeria. Hasta las crisis fóbicas han sido llamadas "pequeños ataques de locura".

Entonces ¿qué es la locura?

Los filósofos desde muy antiguo comenzaron a subrayar el carácter de *posesión* de la locura, se consideraba de dos modos: 1) como una enfermedad del cuerpo que se manifiesta en el "alma" o 2) como la posesión del alma por algún "demonio". Sólo en este segundo sentido es la locura —el delirio— el agente de las mayores bendiciones, como escribe Platón en *Fedro*, ya que sólo en estado de delirio puede componerse gran poesía.

Para Platón, la locura (en esta segunda acepción) es algo que viene "de afuera" y toma posesión de lo que hay "más

adentro" del alma. Hay cuatro formas de locura o delirio (en *El elogio del amor por Sócrates*):

la profética
la ritual ——→ equivalente al entusiasmo
la poética
la amorosa ——→ "impulso hacia la belleza"

Las cuatro son formas "divinas" y diferenciadas de la locura como estupidez o idiotez.

El *Elogio de la locura* de Erasmo la relaciona con el regreso a la simplicidad: "Lo que perpetúa la especie humana es esa parte tan loca y ridícula que no se la puede nombrar sin echarse a reír", que muchas cosas grandes como las artes han surgido sólo por la locura de los hombres al desear la gloria.

Aristóteles había dicho que la "bilis negra", la "melancolía", es, cuando se tiene en proporción conveniente, la base (fisiológica) del genio y, cuando se tiene en exceso, la del loco.

La separación de la locura con respecto a la razón no indica —para la filosofía— que la locura sea independiente de ella: es una "forma relativa a la razón", una mide a la otra y viceversa. En este movimiento recíproco se fundamentan mutuamente.

Es destacable que sea en el texto *Acerca de la causalidad psíquica* donde Lacan polemiza y critica la teoría organicista, donde justamente despliega la definición de *locura*.

La psiquiatría organicista, que podría encontrar la causa de la psicosis en los "tegumentos del cuerpo", en la fórmula de algún gen, en el elemento extraño en la orina, nos "tranquiliza": no está en juego el sujeto, no debemos preocuparnos por descifrar su verdad, tampoco estamos en juego nosotros, analistas, como sujetos. Pero justamente porque *la locura tiene que ver con el ser del hombre está más allá del órgano* y ante ella la psiquiatría o se pone sorda y la desconoce, o se pone muda y no la nombra o la confunde con la psicosis y la psiquiatriza hasta mimetizarla.

Vayamos al texto de Lacan donde polemiza con *H. Ey*.

Este dice: "Las enfermedades mentales son insultos y trabas a la libertad, no están causadas por la actividad libre, es decir puramente psicogenética".

Recuerden la frase que Lacan opone a esto y que habíamos mencionado en nuestra primera reunión cuando fundamentamos el programa.

"Y al ser del hombre no sólo no se lo puede comprender sin la locura sino que no sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como límite de su libertad".

El concepto de locura es solidario de un desarrollo de la *infatuación imaginaria sobre el carácter inflado de la imagen especular.*

Don Quijote es un loco y deja su marca haciéndose significante en la lengua: "Hacer quijotadas".

Es decir que la locura es una posibilidad abierta a toda subjetividad, más allá de las estructuras clínicas en sí. Freud habla de la *"locura"* del amor.

La locura es vivida íntegramente en el registro del sentido y es aquí donde tenemos una de sus *claves* en la clínica diferencial.

Lacan adopta la fórmula general de la locura que se encuentra en Hegel *"un éxtasis del ser en una identificación ideal que caracteriza ese punto de un destino particular".*

Para Hegel lo universal en la *figura* de la conciencia está ligado en forma inmediata con el deseo y esta ligazón la caracteriza como ley del corazón. Si la ley es del corazón lo es precisamente en la medida en que el deseo de la individualidad no ha superado su naturalidad o su inmediatez. Pero la conciencia supone que esa naturaleza es una ley universal, ella ya no es considerada como singular. Si todos siguen las indicaciones de su corazón todos gustarán "esa alegría inmediata de vivir".

Se trata de un "orden natural" pero universal que se opone al "orden reinante" al orden mundano que es considerado por la conciencia como un orden sin fundamento, lo Universal está en la conciencia misma y no es exterior a ella.

Este orden constriñe y violenta la ley del corazón. Pero al realizar la ley de mi corazón adquiero conciencia de que se opone a la ley de los otros corazones, o como no puedo renunciar a la universalidad de esa ley encuentro abominable el corazón de los demás hombres.

La verdad de esta dialéctica es la contradicción desgarradora de la conciencia de sí, la que por un lado afirmaba que lo único real era la ley de su corazón y que el mundo era ilusorio y por otro lado descubre que ese orden es también su esencia, su propia obra.

En la locura humana la conciencia en general subsiste siempre, de modo tal que el loco tiene conciencia a la vez de la irrealidad y de la realidad de su objeto, ambas no se separan.

La locura es esa contradicción misma. La originalidad de

Lacan es articular la fenomenología hegeliana con el narcisismo freudiano.

La ley del corazón es solidaria al revestimiento libidinal del yo, de ese borramiento del orden del mundo que constituye ese polo de la libido narcisista megalómano.

El loco "se la cree". Es loco el pobre que se cree rey, como el rey que se cree rey.

El éxtasis del ser es una identificación ideal, es la detención, la fijación de la dialéctica del ser en una identificación carente de mediación y por eso "infatuada".

Se es loco por desconocer, por no reconocer, su participación en el desorden del mundo que él denuncia "es locura querer embellecer el mundo por el crimen y mantener la ley mediante la anarquía" (Hegel).

Dice Lacan: "El riesgo de la locura se mide por el atractivo mismo de las identificaciones en las que el hombre compromete a la vez su verdad y su ser".

Lejos de ser un insulto para la libertad la locura es su más fiel compañera, sigue como una sombra su movimiento.

Su estructura fundamental se sostiene en la constitución del Yo como esencialmente alienado y con la agresión suicida del narcisismo (presente desde el mito de Narciso).

El narcisismo, *pasión del alma* por excelencia, impone su estructura a todos sus deseos.

... pues ni Sócrates, ni Descartes, ni Marx, ni Freud pueden ser "superados" como pensadores que han conducido su indagación con esa pasión de descubrir que tienen un objeto: la verdad. Vayamos a Freud. "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII".

"No nos asombre que las neurosis de esas épocas tempranas se presenta con una vestidura demonológica puesto que las de nuestra época psicológica aparecen con vestidura hipocondríaca, disfrazada de enfermedades orgánicas".

La historia del pintor Cristóbal Haizmann

Ha realizado dos pactos por escrito con el Diablo (luego que éste lo tentara en 9 apariciones sucesivas), uno escrito con tinta y otro con sangre. Fue exorcizado y el Diablo le devolvió el segundo pacto.

Pero no se curó.

Rápidamente vuelve a tener estados convulsivos, visiones,

parálisis de las piernas, estado del cual se libera cuando consigue que el Diablo le devuelva el primer pacto.

Este señor está plagado de alucinaciones, organiza un delirio sistematizado, coherente, y sin embargo Freud no duda en situarlo en el terreno de la neurosis desde el título de su trabajo.

A partir de lo que estuvimos trabajando hoy en el tema de la locura podríamos pensar que C.H. tiene una estructura neurótica, *pero se ha puesto loco*, y *se ha puesto loco* a partir de la muerte de su padre. En realidad las cosas habrían acaecido más o menos así: al morir su padre él entra en una profunda depresión. Allí es cuando se le presenta el Diablo ofreciéndole ayuda. Pacta con él, luego pide ayuda sacerdotal.

Leamos cómo Freud *concluye* en este caso.

C.H. era demasiado artista y criatura del mundo para que le resultara fácil abandonarlo. Pero finalmente lo hace por miramiento a su desválida situación. Ingresa en una orden religiosa; así puso término a su lucha interna, a su apremio material.

En su neurosis, este desenlace se refleja en el hecho de que la devolución de un presunto primer pacto con el Diablo elimina sus ataques y visiones.

En verdad los dos segmentos de su enfermedad demonológica habían tenido el mismo sentido. *Nunca quiso otra cosa que asegurar su vida,* la primera vez con ayuda del Diablo y a expensas de su bienaventuranza y cuando aquella fracasó y hubo de ser resignada, con ayuda del estado sacerdotal a expensas de su libertad y de la mayor parte de las posibilidades de goce que ofrece la vida. Acaso el propio C.H. no era más que un *pobre diablo* sin suerte...

Vayamos al encuentro de otro loco, en la pluma maravillosa de Cervantes.

"En resolución, él se enfrascó tanto en su lectura (se refiere a las novelas de caballería) que se le pasaban las noches leyendo de claro en claro y los días de turbio en turbio, y así del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro de manera que vino a perder el juicio. Llenósele la fantasía de todo aquello que leía en los libros así de encantamientos como dependencias, batallas, desafíos, heridas, requiebros, amores, tormentas y disparates imposibles y asentósele de tal modo en la imaginación que era verdad toda aquella máquina de aquellas sonadas soñadas invenciones que leía, que para él no había otra historia más cierta en el mundo.

"En efecto, rematado ya su juicio, vino a dar en el más ex-

traño pensamiento que jamás dio loco en el mundo y fue que le pareció convenible y necesario, así para el aumento de su honra como para el servicio de su república, hacerse caballero andante, y irse por todo el mundo con sus armas y caballo a buscar las aventuras y a ejercitarse en todo aquello que él había leído que los caballeros andantes se ejercitaban, deshaciendo todo género de agravio y poniéndose en ocasiones y peligros donde, acabándolos cobrase eterno nombre y fama".

Volvemos a recordar aquí la definición de Hegel de la locura "un éxtasis del ser en una identificación ideal que caracteriza ese punto de un destino particular".

Locura histérica y psicosis

Con respecto a las locuras histéricas y más precisamente al *delirio* histérico hay algunas hipótesis conocidas. Maleval por ejemplo lo diferencia del delirio disociado de las psicosis, haciendo pasar esta diferencia por la perturbación de la relación con la imagen especular en los delirios histéricos y la forclusión del Nombre del Padre para los disociados.

Habla de proyección histérica: "Esa sensación reprimida en el interior proyectada hacia el exterior" como la que opera en el sueño. Los delirios histéricos son pensados por Maleval como *oníricos*, ligado con significados latentes. Define su proyección como un mecanismo específico, ya que por una parte suscita la emergencia de significados reprimidos pero por otra mantiene alejado de la conciencia el acontecimiento traumático presente.

Luego retomaremos esta "proyección peculiar" que abre bastantes interrogantes. Sigamos ahora recorriendo el planteo de Maleval.

Una de las recurrencias del delirio histérico es la idea de posesión por íncubos o súcubos, demonios cuya "voz" expresan los deseos del sujeto que se autonomizan de él.

Así Maleval va puntuando e insistiendo en la distinción: drama de lo imaginario, de la función especular en la locura histérica, marasmo de lo simbólico de la articulación significante para las psicosis.

A esta altura, llegados hasta aquí, ustedes se preguntarán: ¿pero acaso no hay en las psicosis un drama de lo imaginario, de la función especular?

Vamos a ver cómo contesta esto el autor del que nos ocupamos.

Para esto comienza puntuando *la constitución del yo en el estadio del espejo.*

El infans descubre su propio cuerpo de manera fragmentada en el mundo exterior: trata de aferrar sus pies u observa sus manos como objetos extraños. A partir de los seis meses parece constituirse la percepción unitaria del cuerpo propio anticipada en la imagen del otro o en la propia imagen en el espejo.

El niño en toda esta escena está sostenido por aquél a quien él mira con júbilo y quien lo sostiene con su deseo: intercambio de miradas que escapan al espejo, y son las más aptas para crear allí la ficción de completud. Hasta aquí el recorrido que hemos reiterado, pero ¿cómo plantea desde esta matriz las alteraciones diferenciales que darían lugar al delirio histérico?

Maleval distingue entre:

a) *Despersonalización:* estado en el cual el yo siente que sus actos están fuera de su control y se convierten en extraños.

Consiste en apatía, disolución de la atención, puesta en libertad de la actividad automática, percepción de esta actividad como extraña al sujeto.

b) *Desestructuración del yo:* correlativa a un cierto desvanecimiento del mundo exterior. Es un concepto más englobante que el de despersonalización. Apuntaría a la idea de posesión por distintos seres o personalidades que hablan de aspectos disociados para el sujeto de su propio yo. Acude a extensa recorrida bibliográfica y a ejemplos clínicos. Veamos ahora sus conclusiones:

"Después de haber recordado que los fantasmas de fragmentación del cuerpo propio se encuentran tanto en las psicosis como en las neurosis, y que puede faltar tanto en unas como en otras, parece interesante preguntarse si sus características son idénticas cuando son observados en los neuróticos y en los psicóticos.

"En las psicosis el caos de la cadena significante entrañaría, entre otros efectos, trastornos de la imagen especular, en tanto que en la locura histérica los fenómenos patológicos surgirían sobre la base de la desestructuración yoica.

"Si estas tesis son correctas —continúa el autor— el delirio disociado no debería tener límite alguno en cuanto a su apropiación del cuerpo siendo que en el delirio histérico los trastornos de la representación del cuerpo no deberían extenderse más allá de lo especularizable".

Así, los *delirios histéricos* se fundamentarían en: pérdida de los límites del yo, clivaje de la imagen especular, sensación de tener varias personalidades distintas. El delirio estaría suscitado por un déficit de lo imaginario en tanto que los fundamentos simbólicos del sujeto están en su lugar.

Bueno, hasta aquí algunas puntuaciones de Maleval con quien discrepamos. Su descripción de los delirios histéricos es muy rica pero no así su fundamentación.

No podemos pensar que las alteraciones en la constitución del cuerpo en las psicosis, de las que hemos venido puntuando en todos los teóricos precedentes, se pueda deducir solamente como efecto de deficiencia de la cadena significante suscitada por la forclusión del Nombre del Padre.

Se nos presenta aquí un problema crucial: la clínica diferencial de las psicosis. Sabemos que no es lo mismo una paranoia, que una esquizofrenia (en sus cuatro formas), que una melancolía que derive en un delirio de las negaciones de Cotard, por ejemplo.

En la paranoia es muy poco frecuente encontrar trastornos manifiestos de la imagen del cuerpo, en cambio esto toma gran importancia en las esquizofrenias donde está básicamente alterado el contenido y el sentido del vínculo que une las diversas partes entre sí, dando lugar a un espejo con especularización de órganos internos disgregados y autónomos.

Me parece imposible situar estas diferencias entre las psicosis sin tomar como punto de partida el interrogarnos qué pasó allí en el estadio del espejo, en la constitución del yo, en la relación al Deseo de la Madre. Si no ubicamos aquí los interrogantes acerca de cómo opera y dónde ubica el espejo el Otro materno no podremos avanzar en el establecimiento de las diferencias.

Otra discrepancia con respecto a pensar los delirios en las neurosis (no solamente los histéricos enloquecen) es que para que se constituya el delirio hay algo que ha sido *forcluido*. La forclusión podemos pensarla como ejerciéndose: a) sobre el significante del Nombre del Padre —en las psicosis—; b) sobre el sujeto del inconsciente, como en el discurso de la ciencia; c) sobre el deseo. Podemos pensarlo en los discursos autoritarios o en algunos discursos religiosos; d) sobre otros significantes: aquí podemos ubicar los delirios histéricos.

La forclusión debe ser pensada además dentro de distintas

estrategias de discurso. Es decir que cuando la forclusión de un significante cualquiera se ejerce dentro de una estrategia de discurso neurótica (posibilidad de metáfora y metonimia), este agujero en la cadena alrededor del cual se instaura el delirio, como un intento de decir lo indecible para ese sujeto, puede por efecto del análisis, encontrar una manera de reintegrarse, de nombrarse.

Psicosis

Forclusión Nombre del Padre
Desencadenamiento
"Para que la psicosis se desencadene es preciso que el N. del P. forcluido, es decir que jamás apareció en el lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al S.". Un-padre llega al lugar donde el S. no pudo llamarlo antes...

Cascada delirante: significantes sin dialéctica posible, ausencia de metáfora.
Deriva de sentido por asonancia.
No hay historia. Los hechos pasados siguen estando presentes como si no fueran afectados por represión/inhibición.
Desde Freud se dice que los esquizofrénicos toman las palabras como cosas.
Las hermanas Papin, en su asesinato a las patronas, comenzaron por "arrancarles los ojos" ejecución literal del odio.
Neologismos impuestos sin posibilidad de significado.

Delirio psicótico:
Destrucción de la cadena significante que se manifiesta en palabras cortadas, asociaciones por asonancia, términos que faltan a

Locura histérica

Forclusión de otro significante.
Represión.
Desencadenante: algunos creyeron observar un acontecimiento penoso.
Maleval plantea la conexión de una intensa culpa con vivos deseos eróticos.
El histérico debe preservar la insatisfacción fundamental de su deseo por temor a que le falte la falta pero también debe ofrecer un sacrificio a la culpabilidad que lo carcome (por la realización de deseos reprimidos).

Delirio:
Remite a otras significaciones.
Asocia. Hay dimensión metafórica. El discurso del $ histérico (loco) se inscribe en la diacronía. Se historiza.
Podría encontrarse en la locura histérica pero sin neologismos ni estribillos ni repeticiones estereotipadas.
Si hay neologismos son condensaciones de varias significaciones. Son *creaciones* y de existencia efímera.

Delirio histérico:
Exuberancia de lo imaginario,

Psicosis	*Locura histérica*
la frase, ritmos sintácticos particulares.	sintaxis respetada, las palabras no se disgregan y los neologismos los hay, no mantienen cerrado el discurso.
Reticencia de contar el delirio.	Es un trastorno de la significación.
Transferencia:	Capacidad para la transferencia, tendencia a la idealización, el analista es esperado en el lugar del O.
Erotomanía.	
Paranoización.	
Relación al otro: "phillia".	
Escritura como búsqueda de sistematización que viene a llenar la carencia de lo simbólico.	En el delirio histérico no falta el significante fálico con mucha frecuencia encarnado en el hijo.
La evolución sigue un modo cíclico con fases de remisión.	Se producen alucinaciones auditivas pensables como *retorno de lo reprimido.*
Funcionamiento en el vacío en el lenguaje.	Culpabilidad fundamentalmente de origen sexual.
Nadificación del psicótico. El horror de no ser.	El delirio histérico casi siempre expresa un sentimiento de falta o de pecado que el sujeto no sabe precisar.
Esquizofrenias:	
Temática caótica, deshilvanada, estereotipada, fragmentada. Incomunicable e inentendible. Alucinaciones de todo tipo.	
Está seriamente dañada cualquier capacidad de contacto.	
Tiene evolución demencial.	
Mayor deterioro.	

Bibliografía

Lacan:	*Acerca de la causalidad psíquica.*
Maleval:	*Locuras histéricas y psicosis disociativas.*
Freud:	*Una neurosis demoníaca en el siglo XVII.* (1923) Tomo 19, pág. 67
Miller:	*Matemas I*
	Suplemento topológico a De una cuestión preliminar
Kristeva, Julia:	*Loca Verdad.* Edit. Fundamentos.

Teórico X:
Locura histérica. Un ejemplo clínico.

Elida E. Fernández

Quiero relatarles algunos fragmentos de las entrevistas y posterior análisis de una adolescente de 19 años por quien me consultaron en primer lugar sus padres.

Recibo un llamado telefónico de la mamá: me pide una entrevista para su hija, le propongo que sea ella la que me llame y me aclara que no será posible porque Jazmín está internada por un intento de suicidio de características serias.

Cito entonces a los padres y ella me aclara que están separados hace años, pero que en este caso, dada la gravedad, están dipuestos a concurrir juntos.

Llega primero la madre, luego el padre, se saludan ceremoniosamente dándose la mano y luego no se dirigen la palabra en toda la entrevista. Me habla cada uno a mí ignorando la presencia del otro. Lo que plantean es más o menos así: Jazmín tiene 19 años, ha hecho ya ocho tratamientos "psi" de distintas orientaciones y ya va por el cuarto intento de suicidio. Este último con pérdida de conocimiento, varios días en coma y pronóstico reservado, y lo que es peor, como resultado de todo esto portaba ya un diagnóstico de *esquizofrenia* avalado por sus crecientes alucinaciones y delirios. Además inventa palabras. Como si esto fuera poco Jazmín no quiere ver a ningún "psico" más. Yo tampoco tenía interés en tomar otro paciente psicótico en tratamiento, pensaba que con los que tenía ya cu-

bría mi interés y capacidad de trabajar con la psicosis.

Pero por algo que los padres decían que nunca pude saber qué era, empecé a sospechar que Jazmín podría no ser una psicótica sino una loca. Diferencia que me lleva a querer escucharla, que me hacía sentir responsable frente a esa demanda. Si yo dudaba del diagnóstico (quizá simplemente siempre dudo cuando los diagnósticos son tan irreversibles) era responsable frente a mi pregunta.

Les dije a los padres que en principio la vería sólo a propósito de hacer un diagnóstico más preciso. Luego veríamos si empezar un tratamiento o no y con quién.

Le mandé decir a Jazmín que estas eran las condiciones: que viniera las veces que fueran necesarias pero que se trataba de un diagnóstico. Cuando se presenta a la primera entrevista viene sin ganas: sin ganas de estar ahí, sin ganas de vivir. Es baja, gorda, de mirada fija, andar casi robótico, habla como una autómata. Está impregnada de neurolépticos.

Repite que no cree en los psicoanalistas, no viene por su voluntad, la mandan. Tampoco cree que "esto" dure mucho, simplemente sus padres están más asustados que otras veces y por eso pagarán algunas entrevistas. Transcribo fragmentos de este primer encuentro:

J: "No tengo razones para todo lo que hago. La última terapia dijeron "no sabemos qué hacer con vos".

A: ¿Dijeron?

J: La psicóloga se asustó y me mandó a la psiquiatra. Vos también te vas a asustar.

Tomé cocaína y marihuana.

No voy a trabajar.

Ya no interesa nada. Vivir a *full* tampoco sirve.

Me cortaron todo lo que empecé.

A: ¿Quiénes?

(silencio)

J: Los viejos nunca pagan nada.

Confiaba en una sola persona, una mujer, ahora se hizo amiga de ellos.

... (con ironía) Desde que volví del hospital todos se han convertido en seres excepcionales...

Mamá es alcohólica. Tomás (marido de la madre) me golpeaba contra las paredes, me trató de ahorcar. Le dije que la próxima vez lo mataba yo a él.

Después fui a vivir con papá.

Con la mujer no me llevaba bien, me echó. Volví con la borracha.

Los vuelvo locos. A los tipos también.

Estoy tan desesperada por encontrar un lugar y alguien que me ame que asusto.

Hay dos mundos adentro mío. Dos mundos con los que me beso. (Empieza a nombrar tipos con los que anduvo, la lista parece interminable. Me marea).

Yo soy las dos cosas.

A: ¿Qué dos cosas?

J: No importa. Te vas a asustar. Lo único que importa es que escribía. Eso. La poesía.

Le pido que para la próxima vez me traiga lo que escribe.

Vuelve y trae lo que escribe. También su delirio.

"Hay un color rojo que lo inunda todo. La sangre es muerte. Yo soy un alfa natural. Tengo el aura de energía alrededor del cuerpo. Vi mi aura, es el tipo más puro de energía. Hay sectas de bondad y amor. Estoy poseída por el demonio. Alguien va a venir a salvarme, lo vi. Al principio era Dios, luego mi papá y después era Gustavo. Escucho voces 'Jazmín te voy a poseer'."

Escuchaba de chiquita que me llamaban o sentía que me estaban mirando.

Tomás me abre la puerta cuando me estoy cambiando.

Papá nunca hizo nada por ayudarme.

¿Para qué vivimos?

Papá fue 10 años seminarista antes de casarse con mamá... dejó, le pidió licencia al Papa, dice que cuando se muera la mujer va a volver al seminario.

En una época iba a ser monja. Ahora no creo en nada.

El padre Gaspar se supone que hace milagros.

Si te matás Dios no está pendiente.

A: ¿Estás en rebelión con Dios?

J: La imagen de la Virgen se puso a llorar.

Dios puede ser un maldito ser.

El mal está y no hay por qué creer que es el Diablo... puede ser el mismo Dios. Papá se moriría si me escuchara hablar.

Mamá dijo que él tenía tendencias homosexuales.

Ella le metió los cuernos tres años.

Ella se quedó con su mejor amigo.

Todo está corrupto.

Papá dice que la mandó al psicólogo y se acostó, la mandó al cura y se acostó y luego con su mejor amigo. Los odio. *Voy a*

terminar colgada de algún cuello. (¡Cuánta polisemia en esta frase!).

A veces me miro al espejo y tengo la mitad de la cara transformada. Estoy poseída. Voy a irme al infierno. Si yo estoy loca ellos van a estar. Si yo estoy bien ellos se van.

¿Vos no te asustás. ¿Trabajás con locos?

A los 15 años mi panza crecía y crecía y yo decía que estaba esperando al Salvador. Nunca estuve embarazada".

Luego de esta segunda entrevista me quedo con los poemas que me dejó para leer.

Tengo el diagnóstico con el que la trajeron, tengo su imagen borracha de neurolépticos, ahogada de Halopidol y la escucha de su delirio, tozudo, emergiendo medio deshilachado entre los vahos de la medicación y su casi decisión de no vivir más.

Pero a ella ¿qué le pasa? ¿Quién es?

Leo su poema:

Mitunosvida

En la oscuridad:
Silenamor.
Silencaricias...
Negrausencia.
Sh-amor.
No estás...
No estás y clamo por tí!
Te fantaveo
entre los realitranseúntes.
Te fantaextraño.
Te realibusco.
Ritmo amor.
Pulsobsesión.
Coramanía...
(de tenerte)
a cada tic-instante,
a cada solminuto
de mitunosvida.
Hermosavida!
Amadavida!
Luz recuerdos...
me intrainvaden

mi enacuerpo
mi enalma.
Intramor.
Luzamor.
Ven a mí!
Clamo por tí.

Las entrevistas continúan con sus relatos de visiones, premoniciones y videncias. Empieza a establecerse una transferencia amorosa apuntalada: a) en que yo no me asusté, b) en que al leer su poesía descubro que sí inventa palabras... pero dentro del código poético. Sus poemas me gustan. Se lo digo.

Le digo además que tiene que pensar en hacer algo con su capacidad de escribir. Argumenta que los pensamientos diabólicos le han quitado la poesía. Empieza a recuperarlos cada vez que sale de la consulta. Empieza a gustarle venir.

¿Loca o psicótica?

Su decir deshilachado, psiquiatrizado, del comienzo empieza a descubrir ironías, sutilezas, efectos del inconsciente: su discurso es metonímico. Su poesía plena de metáforas.

Su amor de transferencia, aunque casi apasionado guarda los límites propuestos. ¿Cuáles? Cuando Jazmín luego de meses de entrevistas comenta que cada uno de sus analistas desde su primer intento de suicidio terminaron al borde de su cama en el hospital, impotentes frente a su intento, me pide análisis. Ahí hago una apuesta muy dura. Le digo que sí quiero dirigir su análisis pero con una condición: si intenta suicidarse no voy a ir a verla al hospital. Que si se quiere matar no cuente conmigo.

Me responde: "Sos una hija de puta, ¿cuándo empezamos?"

También aquí jugó una ironía.

Tres años y medio después me trae su participación de casamiento y me dice con malicia: "Aquí quiero que estés y no es al borde de una cama de hospital. Sé que no sos católica. Me caso por Iglesia. ¿Vas a venir?".

Volvamos a las preguntas, por lo menos a las que me planteaba al empezar a escuchar a Jazmín.

¿Por qué fracasaron ocho tratamientos? Se lo pregunté a ella. Luego a los padres. Coincidieron en la respuesta: con todos y cada uno de los analistas había de uno o de otro, desacuerdo. El que estaba en desacuerdo saboteaba, o no pagando su mitad o no llevándola cuando era pequeña (empezó a los 9

años a analizarse) o a hablar pestes de los efectos que se suponían de ese análisis. Cuando me consultaron a mí estaban demasiado asustados para pelearse, cada uno por su lado había averiguado que yo trataba pacientes "graves". También fue cierto que cuando Jazmín dejó de estarlo dejaron de pagar.

Sus delirios, sus voces, sus actings, sus pasajes al acto los retenían.

En la locura la tupida malla de identificaciones van tejiendo la impostura de una psicosis. Las identificaciones que se entrelazan en Jazmín son muchas. Tomaré la que apareció como fundamental y que posibilitó la disolución de su fachada esquizofrénica.

Su tema delirante: estar poseída por el Diablo, Dios como Diablo, el bien y el mal peleando dentro de ella, el Salvador, ella como madre del Salvador remitían a este padre impotente: ni cura, ni esposo. Su odio dirigido con virulencia al marido de la madre se despliega en una historia olvidada: el padre llega una noche a su casa, descubre a su mujer acostada con su mejor amigo. Hace las valijas y se va.

No dice nada.

Lo dice Jazmín: "Lo voy a matar". "Lo odio". "De mí no se va a burlar". Aquí su identificación en primer plano, aquí su locura. Habla por el padre. Habla como un marido engañado.

Habla por lo que el padre no habló, pelea como no lo hizo su padre. Identificación a un ideal.

Si la psicosis es una estructura, la locura es un estado solidario con la infatuación imaginaria, enteramente vivido en el registro del sentido.

Freud en el *Manuscrito I* (1897) dice de su temprana genialidad. Mencionando a las muchachas que se identifican a las sirvientas —personajes que siempre ocuparon un lugar en los historiales quizás entre otras cosas por su presencia habitual en las familias burguesas de la Viena de esa época— dice que estas identificaciones facilitan una inmensa carga de autorreproches.

"Hay una justicia trágica en que el descenso del amo de la casa hasta la muchacha de servicio tenga que ser expiado por la autodenigración de la hija".

Maravillosa actualidad de este texto.

Jazmín se autodegrada a la locura, a la droga, a la promiscuidad de una serie de hombres que no parece tener tope. Se identifica a ese padre Ideal que no fue, lo corporiza, lo presen-

tifica, hace de él un hombre al mismo tiempo que lo acusa, lo señala en su duda nunca resuelta. Dios, ese Dios del Padre, al que él nunca terminó de representar, al que jamás llegó a renunciar puede ser un maldito ser. Los emblemas del padre sostenidos e increpados.

Hay identificaciones fundantes, las que establecen una "identidad", un estilo, las que pueden configurar a un sujeto deseante, es la más primaria manera de constituirse, es la única: hacer propios elementos de otro mientras algo de lo que nos liga a ese otro permanece reprimido.

Pensadas como las relaciones del sujeto *con* el Otro las tres identificaciones que plantea Freud: primaria, al rasgo e histérica son propuestas desde Lacan como tres tiempos lógicos en la constitución del sujeto. Cumplidas las tres operaciones estamos en el campo de la neurosis. Pero en estas identificaciones histéricas, algo que no puede caer, una castración que no termina de asumirse, una verdad que no encuentra su decir, van haciendo trampas en las que el S enloquece.

¿Renuncia a este padre Ideal?

¿Atravesamiento de un deseo imposible de ser la compañera de su padre y por lo tanto dejarse llevar a la muerte ya que ese padre no termina de elegir nunca a una mujer sino que espera su muerte para retornar al convento?

El análisis de Jazmín transcurre durante tres años entre las vacilaciones que ella encarnaba como vida o muerte. Vida promiscua, de una serie interminable de encuentros de amor-odio con partenaires casi sin nombre, drogas con nombre y un intento tímido de empezar a ubicarse en una filiación nunca tomada en cuenta. A partir de proponerle que escriba cronológicamente sus relaciones amorosas, les ponga fecha y nombre a estos hombres, lo que puede traer son poemas, una enorme cantidad de poemas que no puede recordar bien quién se los inspiró. "¿Gabriel? ¿Luis? y éste... ¿éste fue para Antonio o para aquél otro que conocí después...?"

Quizás no importaba... todos eran uno solo, repetido incansablemente, *uno solo* inaccesible, violento, que siempre la abandonaba. Un mismo y repetido desgarramiento de sentido.

Frente a esta intervención, Jazmín dice: "Claro, es una novela, una novela que se produce en mi cabeza, un mismo argumento interpretado por distintos protagonistas masculinos. Elida, tenemos que desentrañar el argumento. Creo que en última instancia estaba buscando a un Salvador. Papá nunca ab-

juró de su creencia en Dios. Yo siempre terminaba en casa con mi mamá alcoholizada y el mandato: "tenés que cuidar a tu madre". La noche antes de mi último intento de suicidio se habían reunido los tres, mamá, Tomás y papá. Eran como amigos. Los tres juntos. ¡Cuánta hipocresía! ¡Cuánto cinismo! Yo estaba en mi pieza, empecé a girar frente al espejo. En el espejo había otras. Hablaban todas al mismo tiempo. Cada una devoraba un pedazo de mi cuerpo. Me llamaban. Tenían una mirada obscena... brujas... voces. Tomé todas las pastillas que me había dado la psiquiatra y salí en camisón ante ellos. Estaba loca, mi aspecto los espantaba, *yo era el escándalo,* salí así a la calle, quería irme. Me desplomé en el suelo, me sentía rota. Quería morir. Terminar toda esa impostura. Me desperté a los tres días en el hospital. Había estado en coma. Frente a mí mi psicóloga lloraba. Mis padres simulaban enternecerse por mí. Lo demás ya lo sabés.

¿Por qué todos creyeron que estaba psicótica y vos no? ¿Por qué? ¿Todos se equivocaron? ¿Los engañé a todos?"

En la sesión siguiente dice:

"Me quedé pensando en que no pude hacer la lista de hombres con los que anduve... como si no importaran. ¿Nunca te hablé de mi abuelo? ¿Sabés que tuve un abuelo famoso? De esos que salen en los libros. Creo que nunca hablé de él. Tengo algunos recuerdos... se llamaba (y da su nombre)". Comienza a insertarse en una filiación fuera del goce masoquista. Hay un hombre, un antepasado suyo que sentía el placer de escribir y se había hecho un nombre. Ella era su nieta. Ella escribía. Ella inventaba palabras. Podía ser poeta.

Concurre a talleres literarios. Se va de la casa. Conoce a un hombre que la quiere, que quiere casarse con ella. No siente pasión por él pero esta relación la pacifica. Casarse, tener hijos, entrar en un ideal de normalidad de la propuesta manifiesta de sus padres. Es un intento diferente. Empieza a planear un casamiento formal. Pide apoyo económico a su padre. Este se lo niega, ha decidido que él va a casarse legalmente un mes antes que la fecha propuesta por Jazmín para su casamiento. El va a ocupar toda su energía y su dinero en formalizar su unión.

Esto no la hace trastabillar, sólo la apena, su padre es así, siempre lo supo. Cree que empieza a perdonarlo. Su madre arma la fiesta para sus propios amigos y relaciones. Jazmín vuel-

ve a sentir la amenaza de no ocupar ningún lugar, desplazada por estos padres, eternos actores en lucha por el protagonismo.

Pero a la Iglesia va a entrar ella y quiere que yo esté. ¿Testigo? ¿Garantía? ¿La "otra" de su amor? Su futuro marido tiene el mismo apellido que yo.

Cuando relata la ceremonia dice: "Cuando el cura me preguntó si quiero casarme con él, pensé en vos y dije fuerte que sí".

La transferencia erótica al rojo vivo. ¿Qué era esto? ¿Que Jazmín se hubiera casado conmigo? Soportar la transferencia... pero ¿cómo operar con ella? ¿Cómo no realizar el impulso de decir "no es conmigo"? ¿Cómo estar analista ante esa confesión, no ajena además a producir cierto escándalo?

Creo que es muy habitual cuando descartamos una psicosis apresurar el diagnóstico de *locura histérica* como si esta fuera por descarte la posibilidad que resta. Pero para diagnosticar una locura histérica es necesario que encontremos y fundamentemos en ella los elementos que estructuran una histeria. Y muchas veces nos encontramos con diagnósticos de "algo" porque no es esto otro. Que Jazmín no era psicótica lo demostraba su propia evolución en el análisis, más allá de la ausencia de los elementos propios de la psicosis. Pero entonces: ¿qué? Allí estaba la histeria desplegada, casi límpida, dicha sin disfraces, y me era ofrecida en la transferencia. Su locura: un significante que no podía entrar en la cadena significante, algo para lo que ella no tenía palabras y sólo podía rellenar con su delirio u ofrecer puesto en acto en la transferencia. El dispositivo analítico había funcionado y en lugar del delirio se desplegaba sin pudores la audacia y la obscenidad de su transferencia conmigo. Julia Kristeva apunta que lo que no encuentra asilo en la cadena significante en la locura histérica es el significante del deseo del Otro. Ella se había encontrado con mi deseo, deseo de analizarla, me conjugaba con el lugar del Otro, y hacía de ese deseo un amor a La Mujer.

En ese momento recordé cuántas veces Freud nos dijo que un analista puede hacer muchas cosas además de interpretaciones y construcciones, pero es necesario que sepa lo que hace. *Savoir-faire*. Saber hacer. Saber lo que se hace. Estar ahí, sostener la presencia del analista se encarnaba en su punto más complejo. No desmentir ese amor, tampoco proponerlo. Tallar desde allí ese lugar que ella pudiera fundar fuera de la transferencia con un otro, sin mayúsculas, operar desde el lu-

gar del analista la falta en lo que nos inscribe el *no ser* de la castración. Punto álgido de la práctica, donde muchos análisis se interrumpen. Resistencia del analista, extremo de su horror al acto, acto que lo denuncia en falta, fascinación de conservarse en esa imagen tan buscada: habría un Salvador.

Si el analista funciona a veces en el lugar del Otro y también hace semblante de objeto *a*, no *es* ni el Otro ni el *a* y allí emerge $ al fin, vacilando en esa no coincidencia que lo denuncia no siendo más que soporte. Si el analista se la cree está loco.

Sigamos con el relato de los avatares de esta práctica: Jazmín se casa. Acepto ir a la ceremonia. En el atrio cuando voy a saludarla me abraza y llora.

A partir de su casamiento los padres deciden no pagar más el tratamiento. Jazmín trabaja, gana poco, sus obligaciones económicas se han incrementado: me paga lo que puede, le cobro lo que pueda pagarme.

Este arreglo transcurre durante aproximadamente siete meses. La incomodidad de pagarme menos de lo que cobro se acentúa. Decide interrumpir. Acuerdo. Ella decide que quiere volver cuando pueda pagarme los honorarios que yo cobro a los demás.

La transferencia amorosa idealizada aún no podía ser cuestionada. Había venido portando un diagnóstico de psicosis y había ya comenzado un destino de psiquiatrización, ocho tratamientos, intentos de suicidio, el último en estado de coma. Una larga lista de hombres sin nombre, analistas sin nombre, drogas, fugas, escenas de violencia... y sus poemas, esos poemas donde ella escribía tentativamente su propio nombre, en la línea de un abuelo escritor de renombre cuyo apellido portaba.

Cuando Jazmín parte su vacilación no juega ya entre la vida y la muerte. Quiere vivir... no sabe cómo. Ya no busca su lugar a través de la muerte, ni traspasando los espejos, pero no sabe qué busca. Está claramente neurótica. Una histérica... posible escritora, posible ama de casa insatisfecha y quejosa. Corre el riesgo de silenciar su poesía, que la neurosis la envuelva en la monotonía mediocre de la queja por lo cotidiano.

La despido preguntándome qué será de ella de aquí en más. Mi apuesta es que va a volver.

Pasa un buen tiempo. A fines del '90 organizo con mis hijos un viaje a Europa. En la agencia de viajes me dicen que por la situación de la posible Guerra del Golfo se cancelan excursiones, se anulan vuelos, la situación es complicada: no saben si

podrán conseguir mi viaje para la fecha que les pido. De pronto el dueño de la agencia me llama para decirme que su secretaria había sido paciente mía y que al ver mi ficha lo tomó como tarea personal, ella se había ocupado de todo: ya tenía los pasajes, los hoteles, todo lo que había pedido. Agrega... ella obviamente la quiere mucho.

El día que voy a buscar los papeles del viaje me encuentro con Jazmín. Me saluda muy conmovida. Me pide que antes de irme vuelva a pasar por su escritorio. Al irme me regala un chocolate y una tarjeta donde me hablaba de su agradecimiento y de su amor. Estaba feliz de haberme podido conseguir la concreción de mi viaje.

En marzo del '92, hace poco, me llama, me comenta que tuvo un hijo, que quiere verme, que quiere trabajar para retomar su análisis, que quiere saber cuánto cobro para tener idea de cúanto tiene que ganar para pagarme.

Le doy una entrevista y me niego a hablarle de honorarios por teléfono. Transcribo las notas del encuentro.

"En septiembre van a hacer tres años que no vengo a terapia.

Siempre te tengo presente.

¿Cómo te fue en el viaje?

Siempre estás en mi pensamiento. Me vuelve una pregunta, sé que te la hice muchas veces... pero... ¿por qué todos los otros creían que yo estaba psicótica?

¿Por qué vos no pensaste lo mismo que los otros?

¿Los engañé a todos? Se asustaban cuando empezaba con los delirios... vos no te asustaste... ¿Fue eso? ¿Por qué yo me curé con vos de tanta locura y con los otros no? ¿Eran tontos?

— No, no lo creo.

Creo sí que algo tuvo que ver que yo fui la única analista en que tus padres coincidieron... y también la última.

— Mi mamá no toma más o si toma yo ya no me entero.

Hace dos años hizo un intento de suicidio, la tuve que ir a cuidar al Fernández. Le dije: "si querés vení a casa, pero no podés tomar ni una gota de alcohol, yo no me hago más cargo de eso" y fue como un milagro... no tomó más.

(Recuerdo que mi planteo de su entrada en análisis fue que yo no me hacía cargo de sus intentos de suicidio).

Con papá bien... seguimos nuestras largas conversaciones deliradas, eso, nada más. Ya no soy peligrosa.

(silencio)

Tengo un bebé hermoso. Quiero ser una buena mamá.

Jorge y yo discutimos mucho, estoy mal con él, mal en todo, sexualmente es un desastre (pasa a relatar pormenores de la vida en común). La interrumpo.

— ¿Qué pasó con tu escritura?

— No sé qué hacer con eso. Te acordás. Tengo dos poemas publicados... Un libro de poemas que armé y nunca publiqué. No sé, no escribo. ¿Por qué le das importancia a mi poesía?

— Cuando llegaste acá, luego de tu último intento de suicidio decías que no le encontrabas ningún sentido a tu vida... salvo escribir.

— ¿Te acordás? ¿Qué loca que estaba, qué mal. Pero...

— Pero...

— ¿Sabés? Ahora me aburro. A veces añoro algo de esa época.

Quiero detenerme aquí. Estas palabras me impresionaron. No es la primera paciente que luego de salir de la locura confiesa —¿reprocha?— que ahora *se aburre*. Algo queda como perdido y añorado.

El malestar en la neurosis. La nostalgia por el goce masoquista. "Ya no es peligrosa". Algo ha caído y ha arrastrado consigo su escritura. "Ya no escribo más".

Locura y poemas se habían anudado en ella, ambas caen, Jazmín no encuentra cómo hacerse oir... o para quién escribir.

Termina su entrevista pidiéndome análisis, un análisis que aún no puede pagar, para el que aún no trabaja, pero que insiste en ella como demanda, otra demanda.

Otra pregunta, ¿Será que tengo que estar loca para poder escribir?

Me pregunto: ¿Será que tiene que estar loca para poder gozar? o habrá otro goce posible para ella, otro goce que también intente escribirse. Jazmín lo dice: 1º) *soy el escándalo*, o ahora "ya no soy más *peligrosa*".

Lo que pudo sostener todo este cambalache para Jazmín es la existencia del Salvador/Salvadora. Lugar alrededor del cual construye el delirio y que luego se instalará vía transferencia amorosa en el análisis.

En este punto el análisis se interrumpe. Ella está en el camino de su neurosis.

Algunas observaciones

Habíamos planteado que la existencia de un delirio en las neurosis implicaba la forclusión de un significante, no precisamente el del Nombre del Padre.

Lo que escuchamos en el discurso de Jazmín es la vacilación paterna en cuanto a su deseo "entre dos" Iglesia-Mujeres. Este padre queda ubicado entre ambas y cuando tiene que defender un lugar frente al deseo de la Madre se desvanece, enmudece. Aquí el padre forcluye un significante y digo forcluye y no reprime porque nada en él haría pensar en la vuelta de lo reprimido en torno a esto no dicho. Elige otra mujer y vuelve a ubicarse entre ella y la Iglesia. ¿No hay diferencias? A esto apunta el delirio de Jazmín: restituir "un hombre de la Iglesia"; un Salvador.

Esta no diferenciación en el discurso del padre junto con la oralidad desenfrenada de una madre que sólo la aloja como su cuidadora, la excluye a Jazmín de ser deseada por un hombre como mujer. Por eso en lugar de preguntarse a la manera histérica ¿qué desea un hombre de una mujer?, responde a esta pregunta que no puede formularse, con un delirio que reproduce locamente la verdad de su drama: no hay hombres, sólo salvadores, no hay mujeres deseantes y deseadas por un hombre. Sólo ambigüedad y pulsión oral.

La hoja en blanco... ¿del sueño? (La pesadilla)

María Bernarda Pérez

Lacan en los *Cuatro Conceptos* subraya la ambigüedad de la función del despertar y de la función de lo real en ese despertar. Freud plantea que hay que "aceptar que el oscuro temor que siente el sujeto poco familiarizado con el análisis, de "despertar" algo que a su juicio sería mejor dejar en reposo, revela que en el fondo presiente la aparición de esta obsesión demoníaca: la repetición como obsesión.

Si el sueño es una manera de recordar lo que nunca pudo ser olvidado y que no se puede recordar en esa "Otra escena", ¿cuál es la escena de la pesadilla, o es una salida de escena hacia otra, en el despertar?

Freud plantea casos extremos en los cuales los sueños-protectores del dormir-no pueden llevar a cabo su función de proteger el reposo, por ejemplo sueños de angustia y las pesadillas. Teniendo así que cambiar su función a tiempo o sea interrumpir el sueño. ¿A tiempo de evitar un encuentro? Cuando divide los sueños por su carácter de realización de deseos, ubica a estos casos extremos en un tercer grupo: "Estos últimos sueños suelen presentarse acompañados de angustia, sensación que acaba por interrumpirlos y que es aquí un sustituto de la deformación". El problema de la angustia en el sueño lo refiere exclusivamente a la angustia y no al sueño, y agrega: "El respeto que el sueño mereció a los pueblos antiguos se ha-

llaba fundado en una exacta estimación psicológica de lo indestructible e indomable en el alma humana, esto es, de lo demoníaco dado en nuestro inconsciente y reproducido en el sueño". Pero en estos sueños extremos la "reproducción" aparece en eso extraño que nos resulta familiar y ese encuentro es evitado en el despertar. El miedo a dormir, el insomnio (otra manera).

En el *Seminario de la Angustia,* Lacan introduce el tema de la pesadilla luego de lamentar por qué desde hace cierto tiempo los analistas se interesan tan poco por ella [1] siendo actual. Alude al libro de Jones [2] y plantea su principal dimensión: "La angustia de la pesadilla es experimentada, hablando con propiedad, como la del goce del Otro. El correlativo de la pesadilla es el íncubo o el súcubo [3], ese ser que hace sentir todo su opaco peso de extraño goce sobre nuestro pecho, que nos aplasta bajo su goce", y agrega: "...es que ese ser que pesa por su goce es también un ser cuestionador ... que se manifiesta en esa dimensión completa, desarrollada, de la cuestión como tal llamada el enigma".

En su libro *La pesadilla* [4] Ernest Jones plantea con qué "complaciente indiferencia" se ha enfocado este fenómeno; y que la publicación —tardía en más de veinte años— de este trabajo se debe al hecho de "lograr la debida evaluación del significado de la pesadilla y que lo que está en juego aquí es, ni más ni menos, el verdadero significado de la religión".

La pesadilla es una criatura sobrenatural, macho o hembra que oprime con todas sus fuerzas el pecho del durmiente, a veces hasta asfixiarlo. El íncubo cambia de aspecto, pero siempre dentro de los límites asignados por el enunciado de las diferentes leyendas. Señala que, desde el punto de vista psíquico, la mayoría de los autores que se han ocupado del tema han observado la frecuencia con que los ataques de pesadilla acompañan o preceden el desarrollo de una histeria o una psicosis.

[1] Recomiendo la lectura de tres trabajos publicados en Conjetural Nº 18: *El despertar de la pesadilla*, de E. Gómez; *El punto de acmé en el sueño*, de G. Koop y Borges; *La pesadilla* de E. Grüner.

[2] *La pesadilla*, Ernest Jones. Edit. Paidós.

[3] A diferencia de los antiguos asirios, sumerios y babilonios que establecían una diferencia muy grande entre demonios femeninos y masculinos, esta distinción en dos sexos no existe para los demonólogos cristianos, pues cualquier demonio puede actuar tanto en calidad de súcubo o de íncubo. Básicamente se les considera hermafroditas. *Diccionario de Demonología*, F. Koning. Edit. Bruguera.

[4] El título en inglés: *On The Nightmare.*

No hay una descripción adecuada del fenómeno; los aspectos clínicos de este "mal" son pasados por alto. Generalmente se presentan con transformaciones, pero hay un sentimiento que difícilmente falta: el de un intenso e incomprensible terror. En todos los casos hay una sensación de opresión e impotencia. El individuo no se siente actuando libremente en ningún caso: "El inmovilizado estupor no le abandona y todo su ser es presa de un invencible espasmo sofoco-inmovilidad-impotencia".

Tres características esenciales de este mal:

1. Miedo mortal.

2. Una sensación de opresión que dificulta en forma alarmante la respiración.

3. La convicción de una completa parálisis.

Lo más característico de esta parálisis es lo que se refiere a la voz. Darwin ubica al ataque de un íncubus dentro de las enfermedades de la volición; en un poema hace una ajustada descripción de este fenómeno:

Con ojos desorbitados y párpados inmóviles,
ella intenta inútilmente gritar con labios trémulos.

En vano quiere correr, volar, nadar, andar, arrastrarse.

La voluntad no puede ejercer su control en la confusión del sueño.

Poderoso, dominante terror ante una cosa externa que nos oprime y contra la cual luchan en vano todas las energías psíquicas. Jones se pregunta cuál es la naturaleza y el origen de esta emoción. Lacan descarta que se trate de una emoción y afirma que es un afecto.

La palabra pesadilla significó originariamente "espíritu malo nocturno". Atribuida a la presencia real de ciertos seres reales: todos los espíritus opresores son significativamente demonios libidinosos. El nombre científico de la pesadilla en la Edad Media denotaba también un lúbrico demonio que visitaba de noche a las mujeres, oprimía su pecho con todo su peso y las poseía contra su voluntad. Se llamaban íncubus. La primera mención de los íncubus se encuentra en la Biblia (Génesis-6-14). Demonio que como espíritu masculino procura tener relaciones carnales con las mujeres especialmente cuando duermen o sueñan.

San Agustín refiere "que hay tantos casos comprobados sobre íncubus y súcubus que no se puede negar su existencia sin vergüenza".

Al referirse a la responsabilidad moral por el contenido de

los sueños, Freud afirma: "Si el contenido onírico —correctamente comprendido— no ha sido inspirado por espíritus extraños, entonces no puede ser sino una parte de mi propio ser".

En estas visitas se observan todas las gradaciones posibles entre la excitación placentera, por un lado y el más extremo terror y repulsión por el otro. Establece una íntima relación entre libido y temor mórbido. Los ejemplos de pesadillas que toma Jones hacen referencia a íncubus o sea que son pesadillas de "mujeres".[1]

Los sueños que ejercen mayor influencia en este sentido deben haber estado colocados a mitad de camino entre la pura pesadilla y el puro sueño erótico, sueños con una mezcla de sensaciones placenteras y angustiosas.

Volviendo al ser cuestionador; la formación y desarrollo de la figura de Satán, comenzó con Los Padres de la Iglesia. "El diablo al comienzo aparecía como tentador, estúpido y engañado. Luego por un aumento de su poder aparece como maligno que se posesiona de los hombres. En el Antiguo Testamento aparece como acusador, luego como tentador. El diablo parece representar varias cosas: un claro ejemplo del inconsciente".[2]

Santo Tomás afirma que Satanás es el padre de los sueños. Freud en *La posesión demoníaca,* sostiene que no hace falta gran penetración analítica para afirmar que Dios y el Diablo eran en un principio idénticos, una sola figura disociada más tarde en cualidades opuestas.

Jones, dentro de las variaciones en que se presentan las pesadillas, subraya cinco supersticiones: creencia en la incubación, en el Diablo, vampiros, hombre-lobo y brujas. Los elementos con que fueron construidas estas supersticiones los considera proyecciones de material sexual inconsciente y reprimido; con predominio de deseos incestuosos y de las formas infantiles de la sexualidad. Las supersticiones mismas pueden ser consideradas como fobias cuyo contenido latente representan deseos incestuosos reprimidos.

En la creencia en el diablo plantea la exteriorización de los conjuntos de deseos reprimidos: a) imitar ciertas cosas que son atributo del padre, b) deseo de desafiar al padre. La doctrina de Satán expresaría el incesto.

[1] La incubación se planteaba como la unión entre una persona con un Dios o una Diosa.

[2] Comentario de Freud del libro "Sobre la historia del Diablo", Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. T I. Edit. Nueva Visión.

En cuanto a la posesión por el diablo, este podía contentarse con torturar a la persona desde afuera, multiplicando sus ataques y aflicciones inferidas, o bien podía atormentarla desde adentro, penetrando en ella.[1]

En el primer caso tenemos una obsesión, en el segundo una posesión. En El combate con Legión [2], Starobinski concluye: Por lo tanto la diferencia entre Jesús y el demonio no sólo aparece como diferencia de esencia consecuencia de la división que separa las fuerzas del bien y las fuerzas del mal, se manifiesta además en la manera como cada uno ejerce su poder. El demonio habita a sus víctimas, la dominación de Cristo es de índole profética. Se sirve de la alocución inperativa, mantiene la distancia que requiere el acto de dirigir la palabra, de hablar a otro. A diferencia de la creencia en el íncubo donde las emociones son casi exclusivamente el deseo y el miedo, la creencia en los vampiros tiene una estrecha relación en la del retorno de parientes difuntos y sus motivos los divide en dos: 1) amor, 2) odio, que es el de los terrores de la infancia, retaliación por las malas acciones o pensamientos.

Remarca el sadismo como rasgo fundamental en la creencia en el hombre-lobo.

Las brujas no serían ya seres imaginarios sino verdaderos seres vivientes y sufrientes. Criaturas humanas con pactos con el demonio.

En demonología se considera a la mujer como mucho más demoníaca que el hombre, y en "su órgano sexual se halla la puerta del infierno". Entre los eruditos del pasado hubo discusiones sobre si la mujer tenía alma. Por tal motivo existen más brujas que brujos.

Estas cinco supersticiones se hallaban íntimamente entrelazadas, e incluso en muchos aspectos, se fusionaban unas con otras, destaca dos características: el predominio de los deseos incestuosos y las formas infantiles de la sexualidad.

La formulación verdadera de las supersticiones se vio influida por dos características de la actitud de la Iglesia Católica: el miedo y el odio que alimentaba frente a todo culto no ortodoxo y el esfuerzo exagerado que ponía al servicio de la represión sexual, especialmente en el horror al incesto.

[1] Un buen ejemplo el film: Juana de los ángeles (1961) de Jerzy Kawalerowicz de la novela de Jaroslaw Iwaszkiewicz de un relato "verídico": Las obsesas de Loudan, Jeanne des Anges. Vienne. Francia.

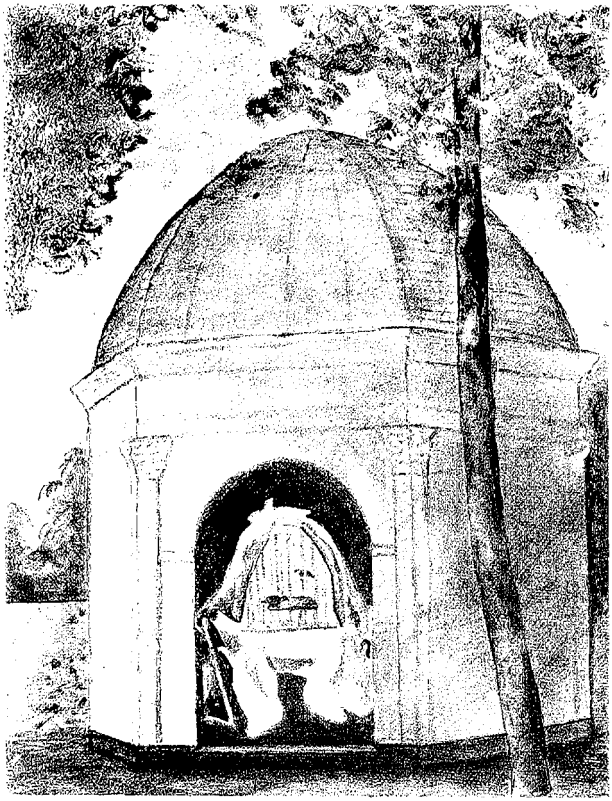
[2] *La posesión demoníaca*, Jean Starobinski.

Si la escena del sueño es una representación, la pesadilla ¿sería una presentación sin máscara que al hacer estallar la escena del sueño nos reenviaría a la escena de la vigilia?

Borges [1] nos dice que tenemos dos imaginaciones: la de considerar que los sueños son parte de la vigilia y la otra, la espléndida, la de los poetas, la de considerar que toda vigilia es un sueño. ¿Quién puede relatar un sueño de tal manera que lo parezca? Ambroce Bierce afirma: "El soñador es el único poeta verdadero: el de la imaginación compacta".

En sus mundos góticos y de pesadillas Lovecraft provoca: ¿Qué ojos humanos han podido contemplar lo que el hombre nunca conoció hasta ahora, fuera de sus pesadillas o leyendas más locas?

[1] Siete noches: *La pesadilla*, J. L. Borges. Obras Completas. T II. Emecé.



"Los que se ocuparon de la psicosis" (Homenaje a Magritte), Etienne Gontard, 1993.

IV. Intersecciones y divergencias. Algunos de los que lo intentaron: Escuela Inglesa

"La instancia pontificial, porque es única, representa el drama social en su totalidad, enseña esta especie particular del delirio que funda toda institución, al imponer a todos sus sujetos una misma verdad de lo ilusorio".

Pierre Legendre
"El amor del censor"
Ensayo sobre el orden dogmático

Teórico XI:
Transferencia en psicosis.
Su dificultad en teorizarla. Lugar del analista.
Aristóteles y la Etica de Nicómaco.
Paranoia y erotomanía. El analista como otro.

Elida E. Fernández

Freud en una carta a Stefan Zweig escribe:

"Hasta mucho más tarde no pude averiguar lo que realmente sucedió con la paciente de Breuer, mucho después de mi ruptura con éste, un buen día recordé súbitamente algo que me había dicho, con otro contexto, antes que empezáramos a colaborar, y que jamás repitió. En la noche del día en que habían desaparecido todos los síntomas de la paciente le llamaron nuevamente, junto a ella, y la halló llena de confusión y retorciéndose a consecuencia de los calambres abdominales que sentía. Cuando le pregunté qué le pasaba, respondió: "Llega el niño del doctor Breuer!" En aquel momento tuvo *él en la mano la llave que hubiera abierto las "puertas de las madres" pero la dejó caer* y, a pesar de sus grandes dotes intelectuales, *dado que no había nada faustiano en su naturaleza,* se llenó de gran horror convencional y diose a la fuga, abandonando la paciente a un colega".[1]

Fausto, personaje entre otros del poema de Goethe, de la lírica de la pintura, es un mito que recoge la literatura desde 1587.

[1] El subrayado es mío.

En 1631 Marlowe representa un importante paso en la trayectoria escrita del mito que alcanzará su cima con Goethe cuya tesis fundamental es que este personaje que compra los placeres a cambio de su condenación puede terminar salvándose.

Fausto hace pactos con el Diablo.

Muchas veces encontramos esta alusión en Freud: "No podemos convocar a los demonios para huir después en vergonzosa retirada".

El analista al convocar a los demonios se encuentra con la *transferencia*. No hay análisis sin ella, a ella debemos esperar para dar comienzo a la interpretación, ella nos autoriza a ocupar el lugar del S.s.S., nos hace este lugar, amasado de *ganas de ser amado, amor a ese saber supuesto, lo insoportable de depender de Otro para acceder a ese saber que sin embargo le pertenece.*

La transferencia, santo y seña del comienzo de análisis, no tiene lugar para Freud en la psicosis.

Si el psicótico en su catástrofe libidinal no tiene otro objeto que él mismo, y vacía el mundo de relaciones, no puede quedar lugar para el psicoanalista.

Por otro lado si la tarea del psicoanalista es interpretar y el psicótico hace de todo su acontecer una interpretación, qué sentido, qué función cumpliría allí un analista.

Pero Freud nunca es unívoco, lo dijimos, nunca podemos aseverar que dijera de tal o cual concepto teórico una sola idea, sino que sólo rastreándola a lo largo de su obra podría hacerse alguna lectura posible de esto que "Freud dice".

En *Construcciones en psicoanálisis,* la tarea principal del analista no es ya la interpretación sino que esta prepararía el campo para acceder a la *construcción* (verdad histórica y no material) que ubicara al sujeto en análisis en relación a su historia desde la lectura de los efectos del inconsciente.

Pero he aquí que esta tarea es similar a la que realiza el psicótico con su delirio.

Volvemos entonces a lo que se pregunta Freud al final de su escrito sobre Schreber: "Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera, o el delirio más verdad de lo que otros hallan hoy creíble".

Laçan contesta que la teoría psicoanalítica sin los fundamentos nodulares del mito edípico y del complejo de castración como operadores teóricos sería un delirio. Son los fundamentos que reglan la teoría los que pueden diferenciarlo de un delirio.

Pero vamos a esto: ya en Freud *hay similitudes entre el lugar del analista y el del psicótico: ambos interpretan, ambos construyen.* La diferencia es cómo y qué hacen con eso.

Si lo que constituye a la transferencia es el lazo entre el sujeto y el intérprete, ¿cómo pensar esta relación en la psicosis?

Lo que la neurosis dialectiza la psicosis lo suelta, y esto en fenómenos de mortificación y goce desenfrenados.

Entonces si los efectos de la forclusión sobre la posible relación de objeto la hacen tan difícil, ¿qué lazo puede anudar a un sujeto psicótico con un analista?

Pienso que es por sufrir en lo real, sin malla imaginaria, que reconstruya este agujero, sin simbolizaciones que regien este goce sin límites, que el psicótico accede al tratamiento *vez a vez* por este horror al que queda arrojado por ser el objeto de la transferencia de un otro sin tachar. Por ser objeto de un goce sin coto, por no tener el instrumento de la castración, viene a pedir que cese el padecimiento.

Creo que todos los que trabajaron con pacientes psicóticos y comunicaron su experiencia coinciden en afirmar: *Hay transferencia en las psicosis.* El lío se arma cuando se intenta encontrar una fundamentación teórica: cualquiera que se intenta implica objetar lo dicho por Freud. Otro camino muy frecuente es compararla, casi calcarla, a la transferencia en la neurosis. Esto conlleva un forzamiento tal que parece concluir que la transferencia se hace sólo a la manera neurótica. Por eso, pienso que la fundamentación de la transferencia en la psicosis es el punto más álgido en su teorización, el tema donde se producen los mayores deslizamientos, los más grandes baches teóricos o donde se tratan de hacer las verónicas más elegantes.

Muchos trabajos parecen decir: "Al fin y al cabo la transferencia se escucha, si la teoría no cierra para dar cuenta de ella, sigamos adelante sin demasiadas preguntas. Está y basta".

Cuando nos proponemos otra vía los dilemas nos apabullan, las vacilaciones sobran. ¿Sujeto supuesto al saber en las psicosis? ¿Acaso no es el psicotico el que tiene la certeza? ¿Qué saber puede atribuir? Sin embargo comparten esa certeza con la de que el analista también sabe como ellos, casi en simultáneo:

¿Cuántas veces ante nuestras preguntas nos contestan: "Ud. ya sabe", y eso es suficiente para permanecer en mutismo o mirarnos con suspicacia?

Partamos de la afirmación de Freud.[2] En la paranoia se produce un desarrollo regresivo que va del amor objetal al autoerotismo.

"En el tratamiento de las neurosis uno se apodera de la parte flotante de la libido del paciente y la transfiere a su propia persona. La traducción del material inconsciente al plano consciente se realiza con ayuda de dicha transferencia. La cura por lo tanto se efectúa por medio de un amor consciente. En la histeria y en la neurosis obsesiva, parte de la libido es móvil y el tratamiento puede comenzar con esta parte. Esto no es posible en la paranoia a causa de la regresión al autoerotismo. El médico no encuentra fe porque no encuentra amor. El paciente al igual que el niño, sólo cree a quien ama".

Pero Freud nunca se puede leer en un solo texto.

En una carta a Jung afirma: "Ni aún en la psicosis de más profundo alcance llega a irrumpir el recuerdo inconsciente, de modo que el secreto de las vivencias infantiles no se traduce ni en el más confuso estado delirante".[3]

En *El yo y el ello* reitera: "Hacemos preconsciente lo reprimido interpolando por medio de la labor analítica, miembros intermedios preconscientes. Por lo tanto, ni la conciencia abandona su lugar ni tampoco lo inconsciencia se eleva hasta lo consciente".

En *Lo inconsciente,* en el capítulo VII, Freud se aboca más específicamente a las llamadas psiconeurosis narcisistas (para diferenciarlas justamente vía transferencia de las otras neurosis: histeria de angustia, histeria y neurosis obsesiva).

A las neurosis de transferencia, a causa de la represión, se les presupone una imperturbada investidura de objeto, mientras que en las esquizofrenias la libido no buscaría un nuevo objeto sino que se retiene en el yo produciéndose un estado de narcisismo primitivo.

Dice Freud: *"La incapacidad de estos pacientes para la transferencia —al menos donde llega el proceso patológico*[4] —..."

Esto lo retomaremos luego en Lacan en un comentario de *Acerca de una cuestión preliminar...* También leemos en Freud avanzando un poco más en la cita que en la esquizofrenia se exterioriza como consciente mucho de lo que en la neurosis de

[2] Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Tomo I. Reunión del 21/11/1906.

[3] Freud, S. *Carta a Fliess.* Nº 69. Tomo I.

[4] El subrayado es mío.

transferencia sólo se puede pesquizar en el inconsciente por medio del análisis. Acá Freud ubica en primer plano las alteraciones del lenguaje con referencia a órganos o inervaciones del cuerpo.

La relación entre el sustituto y lo reprimido muestra características peculiares.

El dicho esquizofrénico, continúa, ha devenido *lenguaje de órgano.*

Tomando ejemplos de pacientes de Tausk llega a esta primera conclusión: "En la esquizofrenia las palabras son sometidas al mismo proceso que desde los pensamientos oníricos latentes crea las imágenes del sueño y que hemos llamado *proceso psíquico primario.* Son condensadas, y por desplazamiento se transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto que una sola palabra, idónea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos".

Recordemos que en el capítulo V de este trabajo Freud ha definido el proceso primario caracterizándolo por la *condensación* —una representación puede tomar sobre sí la investidura íntegra de muchas otras— y por el *desplazamiento* —una representación puede entregar a otra todo el monto de su investidura.

Ausencia de contradicción, proceso primario (movilidad de las investiduras), carácter atemporal y sustitución de la realidad exterior por la psíquica, son las características del sistema Icc.

Si Freud propone que en la esquizofrenia las representaciones de palabra están sometidas al proceso primario podemos deducir aquí la no instauración de la *represión primaria* como constituyente de los sistemas Icc separado del Prcc.

Sigamos avanzando en el texto. Si alguno sigue pensando que "Lacan es muy difícil de leer" y supone que Freud es sencillo, con sólo intentar seguirlo en las cuestiones metapsicológicas con alguna rigurosidad comprobará su prejuicio.

Sigamos la cita: "Toda vez que ambas —palabras y cosa— no coinciden, la formación sustitutiva de la esquizofrenia diverge de la que se presenta en el caso de las neurosis de transferencia. Reunamos esta intelección con el supuesto según el cual en la esquizofrenia son resignadas las investiduras del objeto".

Y ahora quiero subrayar como fundamental lo que sigue:

"Tendríamos que modificarlo ahora: *la investidura de las representaciones —palabra de los objetos se mantiene".*

Esto no sólo quiere decir que el psicótico está inserto en el lenguaje sino que nos da una pista para pensar desde Freud la transferencia en las psicosis.

Representación objeto consciente { Representación palabra / Representación cosa - Icc

"La representación-cosa consiste en la investidura, si no de la imagen mnémica directa de la cosa, al menos de huellas mnémicas más distanciadas derivadas de ella".

Y perdonen si los abrumo con las citas pero creo que en este texto es fundamental que lo sigamos a Freud con detenimiento para poder luego dialogar con él.

"El sistema Icc. contiene las investiduras de cosa de los objetos, que son las investiduras de objeto primeras y genuinas, el sistema Prcc. nace cuando esa representación-cosa es sobreinvestida por el enlace con la representación-palabra que le corresponden tales sobreinvestiduras, podemos conjeturar, son las que producen una organización psíquica más alta y posibilitan el relevo del proceso primario por el proceso secundario que gobierna en el interior del Prcc. Ahora podemos formular de manera precisa eso que la represión, en las neurosis de transferencia, rehúsa a la representación rechazada: la traducción en palabras, que debieran permanecer enlazadas con el objeto. La representación no aprehendida en palabras, o el acto psíquico no sobreinvestido, se quedan entonces atrás, en el interior del Icc., como algo reprimido".

Recuerden la carta 52. A partir de acá Freud se pregunta qué ocurre con la represión entre Icc. y Prcc. en las neurosis narcisistas y por qué la representación-palabra está destinada a recibir en estos casos una investidura más intensa y un tratamiento de proceso primario.

Una primera respuesta que nos da es que la investidura de la representación palabra no es parte del acto de represión sino que es un intento de restablecimiento o cura que preside el cuadro de la esquizofrenia. Emprenden el camino hacia el objeto pasando por su componente de palabra *"debiendo no obstante conformarse después con las palabras en lugar de las cosas".*[5]

[5] Subrayado mío.

Sigamos un poco más el pensamiento freudiano.

En *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*[6] prosigue su búsqueda, intentando diferenciar el sueño de la esquizofrenia: "En este punto se muestra la diferencia decisiva entre el trabajo del sueño y la esquizofrenia. En esta última las palabras mismas en que se expresó el pensamiento preconsciente pasan a ser objeto de la elaboración por parte del proceso primario, en el sueño no son las palabras sino las representaciones —cosa a que las palabras fueron reconducidas. El sueño conoce una regresión tópica, la esquizofrenia, no, en el sueño está expedito el comercio entre investiduras de palabra (prcc) e investiduras de cosa (Icc), lo característico de la esquizofrenia es que este comercio permanece bloqueado".

Este comercio bloqueado, el tratamiento de las representaciones de palabra por el proceso primario nos dan como resultado un aparato psíquico diferente en las neurosis narcisistas: una no instalación de la represión primaria, por lo tanto la no traducción entre la representación Icc. y la representación palabra sobreinvestida como intento de restablecer la relación con el objeto.

Esta relación con el objeto fue recortada, forcluida, "tratada como si nunca hubiese existido": "El yo se arranca de la representación insoportable pero esto se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva...".[7]

Todo este recorrido lo hemos hecho para poder situar la posibilidad en la teoría freudiana de este dato clínico: hay transferencia en las psicosis. No la transferencia de las neurosis, sino otra, distinta, de características peculiares que propongo que se puede leer también desde Freud. Es justamente en este recorrido, en esta afirmación "la investidura de las representaciones palabra de los objetos se mantiene" donde podemos situar su particularidad.

Si la primera aproximación a la *transferencia* en *La interpretación de los sueños* se refiere al pasaje de sentido a *restos diurnos* recientes e insignificantes, que como formas vacías pasan a ser continentes de algún sentido, podríamos pensar aquí, en las psicosis el fenómeno de transferencia entre significantes.

El psicótico no nos toma por objeto, nos toma por *palabra,* palabra excluida de la estructura del lenguaje. Nos da el tratamiento que le da a la palabra, nos trata como signo.

[6] *Obras Completas.* Tomo XIV, Amorrortu.

[7] *Neuropsicosis de defensa. Obras Completas,* Tomo III, Amorrortu.

Tampoco podemos decir alegremente que el neurótico nos toma por objeto, más bien busca reconocimiento, ser amado.

Es cierto que el psicótico no nos pide que lo amemos, asevera que lo hacemos (en la erotomanía) o tiene la certeza de que queremos hacerle daño (paranoia). Pero "nada más ajeno que la transferencia a la intersubjetividad y a la dialéctica del reconocimiento de un otro".[8]

Entonces podemos decir que la palabra es transferencial y si hay palabra en la psicosis hay transferencia.

Pero es aquí donde es necesario insistir y situar las diferencias: el tratamiento que le da el psicótico a la palabra es peculiar. Ya sea que digamos con Freud que la representación de palabra está aquí afectada por el proceso primario o que afirmemos la existencia de holofrases donde el S_1 y el S_2 están condensados de tal manera que no se produce el intervalo, o que situemos el neologismo como un sentido pleno sin posibilidad de dialéctica ninguna, estamos situando la palabra en la psicosis en un estatuto distinto y con un tratamiento propio, con otra lógica.

Cuando el psicótico nos engloba en su delirio generalmente la relación al analista como palabra es paranoide o erotómana. O somos los que hablamos la lengua del perseguidor o la del amante.

Nos dice: O Ud. *me* quiere dañar, *me* persigue
o Ud. *me* ama

Subrayo el *me* porque ahí aparecemos ubicados transferencialmente. El paciente del que nos ocupamos no puede plantearse sino en ese lugar donde él es hablado, es interceptado, es perseguido...

Transferencialmente el analista queda ubicado en el lugar de donde proviene eso que *le* habla, *lo* persigue, *lo* ama. Esto en el momento de despliegue delirante. Este Otro que *lo* ama, persigue, habla, etc., se dirige a *él*. Acá podemos pensar como lo forcluido retorna desde lo real pero no idéntico. El sujeto que no pudo alojarse en el Otro delira que ese que no lo alojó lo busca, lo necesita (erotomanía) o necesita destruirlo por su enorme poder (paranoia).

Más adelante nos volveremos a plantear el tema de la proyección en las psicosis.

El delirio pensado como respuesta a las preguntas que el

[8] Jorge Jinkis, "Transferencia y alucinación". (ver bibliografía)

psicótico no llegó a formular es la transferencia con ese Otro, que se anudará al *analista como palabra.* No es lo mismo la ubicación de la relación con el analista durante las crisis o fuera de ellas.

Quisiera detenerme en un punto muy importante que desliza Lacan en *Acerca de una cuestión preliminar...* Dice allí (pág. 258) refiriéndose a las *Memorias:* "No podemos extendernos aquí sobre la cuestión sin embargo de primer plano de saber lo que somos para el sujeto, nosotros a quienes se dirige como lectores, ni sobre lo que permanece de su relación con su mujer, a quien estaba dedicado el primer proyecto de su libro, cuyas visitas durante su enfermedad fueron siempre acogidas con la más intensa emoción, y hacia quien nos afirma, compitiendo con su confesión más decisiva de su vocación delirante, 'haber conservado el antiguo amor'" (Schreber, nota de la pág. 179).

Así pueden coexistir en las psicosis, la relación salida de su eje con el Otro, con la relación amistosa (como Schreber con su mujer).

Es Aristóteles quien basa el éxito de los matrimonios duraderos en la *amistad,* definida por él como el compartir una idea entre dos o más personas.

¿Qué lugar entonces para el analista fuera del delirio, fuera de esta relación salida de su eje con el Otro?

Retomo acá la observación freudiana de "la incapacidad de estos pacientes para la transferencia —al menos donde llega el proceso patológico...".

No podemos pensar la "psicosis pura" más que en algunos estados terminales de la esquizofrenia (los llamados "gatosos" en el manicomio) y/o en estados catatónicos prolongados.

¿Codelirar con él?[9] Esa fue la respuesta de Searles, valiente pero infructuosa. ¿Recusar el delirio? Ya lo intentó la psiquiatría, sin entender que esto no es viable por una razón de estructura. El psicótico testigo y mártir de la experiencia que padece nos llama, acudir desde un lugar paterno sería convocarlo aún más al agujero de lo forcluido, a la relación con ese Otro sin ley que lo arroja al horror.

[9] El codelirio es lo que Lasegue y Fabret describieron en 1877 como *folie a deux:* "Se trata de un trastorno mental en el cual los síntomas, especialmente las ideas delirantes paranoides, que sufre una de las dos personas íntimamente relacionadas entre sí, son comunicados a la otra, que los acepta". Este fenómeno, insuficientemente estudiado por los psicoanalistas, abre un riquísimo campo de investigación.

Ni erastés ni eromenon, ya que la estructura del amor como dar lo que no se tiene a quien no lo es no está posibilitada. Queda el lugar del pequeño otro en relación a la *amistad* que plantea Aristóteles en la *Etica de Nicómaco*: "Nos conocemos viéndonos en un amigo. Pues el amigo, decimos es un otro nosotros mismos". Amor fuera del sexo.

Margarite Duras en su libro *La vida material* al describir su delirio producido por el alcoholismo, nos relata la certeza y la desesperación con que le mostraba lo que alucinaba a una amiga:

"Me olvido de decir esto: cuando pedía a Yann que se fuera a desatar al perro muerto matado por los nazis, detrás del radiador, le dije que tirara el perro por la ventana, muy fuerte sobre los transeúntes, para que se den cuenta que habían matado a unos judíos. Yo escuchaba los ruidos. Encontré que era un poco rápido para desatar al perro y echarlo por la ventana, pero esto no me había hecho dudar de la realidad del perro muerto. Lo que me había hecho dudar de ello, es un día, Michéle Porte. Yo estaba en la cocina, ella colgó el abrigo en el perchero y vino hacia mí. Charlamos, le hablé de las visiones que tenía. Ella escuchaba, no decía nada. Yo le dije: 'Creo en ellas, pero no puedo convencer a los demás'. Añadí: 'Gírese, mire el bolsillo derecho de su abrigo colgado. ¿Ya ve el perrito recién nacido que sale de él todo rosado? Bueno, y dicen que me equivoco'. Ella miró bien, se giró hacia mí, me miró largamente y luego me dijo, sin ninguna sonrisa, con la mayor gravedad: 'Le juro Margarite, por lo que más quiero en este mundo, que no veo nada'. Ella no dijo que esto no existía, dijo: 'No veo nada'. Tal vez es ahí donde la locura se dobló de una cierta razón".

Ni recusando ni afirmando, el otro encontró un lugar y una eficacia posible, no desde los significantes del Otro, sino desde su condición de S.

Retomando la afirmación: el psicótico no nos toma por objeto sino por *palabra*. Esto dio lugar a todas las advertencias sobre las precauciones de no interpretar y/o todos los riesgos que corremos ante cada intervención. Esto se repite tanto que, como sucede siempre en estos casos, se llega a no intervenir cuando es imprescindible hacerlo. Cuando un saber se hace dogma no sirve para pensar sino para ignorar.

Resumamos nuestra propuesta en relación a la transferencia en las psicosis.

Dijimos de la posibilidad de un amor de amistad, de una

phillia, de un "amor de uno o más sujetos en relación a una idea" un primer amor al semejante, salido de la relación al Otro que goza, en las psicosis.

Es este el lugar posible para el analista en el tratamiento, el secretario del alienado, el lector de un lector, el testigo de un testigo.

Amor posible fuera de la dialéctica de la castración.

Dentro de esta *phillia*, retomando a Aristóteles y a Freud, la transferencia es aquí a una idea, al analista como palabra, palabra que toma por sí misma el lugar de una cadena íntegra de pensamientos, palabra tomada por la cosa, sometida al proceso primario.

Dice Freud[10]: "Reunamos esta intelección con el supuesto según el cual en la esquizofrenia son resignadas las investiduras de objeto. *Tendríamos que modificarlo ahora: la investidura de las representaciones palabra de los objetos se mantiene*".[11]

Bibliografía

Freud, S.:	*Correspondencia Freud/Jung*. Biblioteca Nueva.
	Construcciones en Psicoanálisis.
	Interpretación de los sueños. Tomo IV.
	Las reuniones de los miércoles.
	Edic. Nueva Visión. Tomo I.
Freud, S.:	*El yo y el ello*.
Jinkis, Jorge:	*Lo que el psicoanálisis nos enseña*.
	Lugar Editorial. "Transferencia y alucinación"
Pommier, G.:	*Una lógica de las psicosis*. Catálogos.
Soler, C.:	*Estudios sobre las psicosis*. Manantial.
Calligaris, C.:	*Introducción a la clínica*
	diferencial de las psicosis. Nueva Visión.
Allouch, J.:	*"Uds. están al corriente. Hay una transferencia psicótica"*. Littoral 7/8.

[10] *Lo inconsciente*.VII) El discernimiento de lo inconsciente. Amorrortu. Tomo V. XIV.

[11] El subrayado es mío.

Presentación

Por Bernarda Pérez y Elida E. Fernández

Si acordamos que se puede leer un texto sin que esa lectura sea la práctica de lo que se afirma y que un texto no es una sumatoria de citas, proponer la lectura de algunos analistas de la "escuela inglesa" que se ocuparon de la clínica de las psicosis nos permite varios caminos: por un lado salir de la coagulación que encierra la palabra valentía —en este no retroceder frente a las psicosis que encontramos en estos testimonios— y por otro recoger el guante que se les deja, al afirmar con razón que el dispositivo analítico, tal como lo plantea Freud, no fue pensado para las psicosis.

En otras palabras no seguir sosteniendo que se puede "psicoanalizar las psicosis".

Siguiendo a Lacan cuando recomienda "hagan como yo, no me imiten" pensamos necesario entender la lógica del objeto "a" pasando por la lectura del objeto transicional en Winnicott, como también planteamos la necesariedad de ir a los textos sobre contratransferencia y self que Lacan alude en varios de sus seminarios y la lectura del caso Dick de M. Klein.

Estos ejemplos nos permiten pensar que toda lectura implica una interpretación. Si las psicosis son un ensayo de rigor no es sin él que podremos abordar sus enigmas.

Los dogmas nos mandan forcluir todo aquello que no sustente la verdad institucionalizada, pero ahora y desde Freud

de los primeros años —hemos insistido en ello— sabemos que su costo es la entrada en la religiosidad.

La contribución de Melanie Klein

María Cristina F. de Gallo

La tarea que nos ocupa en esta comunicación es la de efectuar un recorrido a través del pensamiento de Melanie Klein, con el propósito de rescatar sus valiosas contribuciones al estudio y tratamiento de la psicosis. Si bien al considerar la totalidad de su obra podemos hablar de una teoría kleiniana, es posible suponer que su primera intención no fue la de desarrollar una teoría, sino continuar la aplicación clínica de los hallazgos freudianos. Esta actividad se desarrolló principalmente en el tratamiento psicoanalítico de niños y fueron, precisamente, los hechos clínicos observados en ese ámbito, los que llevaron a formulaciones que progresivamente se apartaron específicamente del modelo económico y topográfico de Freud.

Este giro se apoyó en dos hechos nodales: la importancia atribuida para el desarrollo mental a los dos primeros años de vida, y al papel otorgado a la fantasía inconsciente.

Para Freud el Complejo de Edipo a los tres o cuatro años es el momento decisivo de la estructuración psíquica y las manifestaciones pregenitales son autoeróticas y narcisistas. Para la satisfacción instintiva, el objeto es contingente.

A diferencia de esto, Melanie Klein piensa que el vínculo objetal es fundamental en el desarrollo, que aparece desde el comienzo de la vida y que el autoerotismo y el narcisismo son avatares de la relación objetal. El mundo interno descubierto por Freud, es ampliado por las descripciones de fantasías acer-

ca de las relaciones de objetos internos que permiten el acceso a emociones muy complejas, y a una amplia gama de defensas precoces que poseen indudable valor etiológico en las perturbaciones psicóticas.

Con el propósito de dar una visión panorámica del pensamiento kleiniano voy a dividir la exposición de su desarrollo en cuatro momentos claves. El primero, de 1919 a 1934, donde se ubican los primeros desarrollos teóricos y clínicos. Una de las obras más importantes de este período es *El psicoanálisis de niños*, de 1932. El segundo, en 1935, donde en *Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*, formula el concepto de posición depresiva. El tercero, con la descripción de la posición esquizo-paranoide e importantes mecanismos psicóticos, en el artículo de 1946, *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. El cuarto y último, desde 1957, donde desarrolla la teoría de la envidia.

M. Klein comienza su trabajo como psicoanalista de niños y de adultos en Berlín. El elemento teórico con el que aborda el análisis de niños, en ese entonces, es la teoría freudiana y los recursos técnicos se hallaban escasamente elaborados. Se pensaba que era difícil analizar a un niño, por varios motivos: al no tener conciencia de enfermedad, se creía que carecía de capacidad para cooperar, por tener presentes sus objetos primarios reales, sus padres, su capacidad de establecer transferencia con el analista se creía inexistente, además su diferente manejo del lenguaje respecto del adulto, no favorecía la asociación libre. Fue entonces mérito de M. Klein, la comprensión de que es el juego el medio de expresión por excelencia del niño, por su origen claramente simbólico y de que a través de éste y con todo el lenguaje que sea capaz de usar, en el cauce de un encuadre rigurosamente psicoanalítico, puede asociar libremente y llevar a cabo un tratamiento. La comprensión del nivel simbólico del juego, su valor como vía de acceso al inconsciente, al igual que los sueños, hacen del mismo un excelente indicador clínico y procesual, ya que da cuenta de la transferencia y de las modificaciónes del mundo interno como respuesta a las interpretaciones.

Klein pensaba que los niños experimentan intensas ansiedades y tienen tanta conciencia como el adulto de la necesidad de ayuda. A causa de estas mismas ansiedades, desarrollan rápidamente transferencia con el analista.

Por otra parte lo transferido era entendido por ella, no en

términos de la relación con los padres reales, sino como objetos de la fantasía. Estas fantasías operan permanentemente conformando el psiquismo infantil. Así abordaba el tratamiento de niños como de adultos, que para ella consistía en el análisis del superyó en la transferencia considerando que esto disminuiría su severidad, permitiendo una mayor integración del self.

El proceso psicoanalítico consistía en el análisis de los objetos internos, especialmente el superyó y por este medio la elaboración de situaciones específicas de ansiedad y culpa.

Primer período

Si bien sigue los modelos de Freud y Abraham de fases libidinales, se centra cada vez más en las relaciones de objeto y las ansiedades que dichos vínculos generan.

Desde sus primeros trabajos concibe la fantasía inconsciente actuando muy tempranamente y siendo el substrato de toda la vida mental. Esto la lleva como ya hemos visto a enfatizar las relaciones objetales del niño, tanto reales como fantaseadas. Describe relaciones de objeto parcial con el pecho y el pene, que tienen gran importancia en la estructuración de los objetos internos, en especial del superyó. Este había sido conceptualizado por Freud como el producto de la interiorización de las imagos parentales. Siguiendo esa línea de pensamiento, M. Klein realiza nuevos desarrollos, describe fantasías donde el bebé introyecta el pecho de la madre, el pene del padre, los padres como figura combinada unidos por la relación sexual y por último los padres totales y separados. Los objetos internos no son reproducciones idénticas de la realidad, sino fantasías construidas por las proyecciones del bebé y su experiencia en la interacción con la madre. Estos objetos internos parciales o totales, escindidos en buenos o malos, o integrados, son vividos como teniendo relaciones entre sí y con el sujeto.

Según la teoría de las fases libidinales el niño atraviesa una etapa de succión pre-ambivalente, seguida de una sádica y canibalística. Es posible suponer que Klein pensaba que en la primitiva relación con el pecho no existía hostilidad ni ambivalencia y que sólo en la segunda fase aparecía el sadismo y las defensas contra el mismo. Sin embargo, en otros artículos afirmaba que desde el comienzo el niño, al introyectar el pecho materno, lo escinde en bueno y malo, proyectando nuevamente éste último. Es decir que el conflicto entre el amor y el odio

existía desde el comienzo de la vida.

Importantes descubrimientos de este período tienen lugar alrededor de sus observaciones en relación al complejo de Edipo. En el tratamiento de Rita, de 2 años y 9 meses (M. Klein, 1932), relacionó los terrores nocturnos de su pequeña paciente con las fantasías respecto de las relaciones sexuales de los padres y los ataques fantaseados hacia su madre como rival. Dichos ataques producían a su vez fantasías terroríficas de persecución que tenían a la madre como protagonista.

Observó que la constitución del superyó era más temprana y complicada que lo que se pensaba en ese momento. Para Klein, el superyó no es un precipitado final del conflicto edípico, sino un elemento fundamental en la constitución del mismo. La madre terrorífica que castigaba a Rita por sus ataques, es una forma de este superyó.

Con el descubrimiento del complejo de Edipo temprano se abre el acceso a un mundo de fantasías y ansiedades que operan en la mente infantil en relación con el cuerpo de la madre. Estas fantasías conciben el interior materno como colmado de riquezas, alimentos, excrementos poderosos, bebés y el pene del padre, que el niño en la fase oral de su desarrollo imagina incorporado por su madre en la relación sexual. Los contenidos fantaseados despiertan en el niño múltiples sentimientos: deseo de apoderarse de los mismos, e impulsos destructivos que generan ataques; es decir, deseo, odio y también envidia.

Esta situación promueve ansiedades de naturaleza psicótica. Klein piensa que dichas ansiedades persisten en la mente del niño y considera la neurosis infantil como una estructura defensiva frente a ellas. Aquí se aparta de Freud, para quien la neurosis infantil es causada por el complejo de Edipo y la ansiedad de castración.

En *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* (M. Klein, 1930) relata el tratamiento de un niño psicótico de cuatro años de edad llamado Dick, que presentaba una notable inhibición simbólica, no jugaba, apenas hablaba y no establecía contacto afectivo de ninguna especie; tampoco daba muestra de ansiedad. Sólo manifestaba interés por los trenes, los picaportes, las manijas de las puertas y las estaciones de ferrocarril. Fue a partir de este único signo de contacto con el exterior, llamando a un trencito "Dick", al otro "papá" y a la estación que menciona el niño "mamita" que Klein inició su tratamiento.

A medida que éste progresaba, Dick comenzó a dar muestras de ansiedad cuando la niñera lo dejaba en la sesión y paulatinamente fue conectándose con su medio, a la vez que su lenguaje se enriqueció. Basándose en la observación de diversos juegos, M. Klein fue interpretando fantasías de ataques sádicos al cuerpo de la madre, que lo inundaban de ansiedad. Esta ansiedad que Dick no podía manejar lo obligaba a abandonar su interés por el cuerpo materno y todo aquello que lo simbolizara. Así se interrumpe su vida de fantasía y su interés por el mundo. Es importante destacar la conexión que se establece entre la ansiedad, la actividad simbólica y la fantasía inconsciente. En el transcurso del proceso analítico se pudo observar que la culpa excesiva de Dick atribuida a la genitalidad prematura y la ansiedad, causaron la inhibición.

Por lo tanto, no sólo el interés libidinal es el que impulsa la actividad simbólica, como lo sostenía Ferenczi, sino también la ansiedad cuando es debidamente tolerada, lleva al niño a formular diversas equiparaciones, ya que cada objeto que representa al órgano que se desea atacar, debe ser abandonado y reemplazado por otro. De esta manera se desarrolla el interés por el mundo, que es un desplazamiento del interés que el niño siente por su propio cuerpo y el de sus padres. El deseo por el cuerpo de la madre tanto de posesión como de ataque, es el origen del afán de conocimiento (impulso epistemofílico) de los objetos.

Este artículo de M. Klein que estamos comentando, tiene especial importancia para nuestro tema, por mostrar el acceso clínico de un paciente psicótico, ya que estos pacientes eran considerados anteriormente como intratables. Como se ve, la psicosis infantil es ya tema de preferencia en su pensamiento. Otro elemento importante a considerar es la concepción de la ansiedad como motor del desarrollo, siempre que, como en Dick, no sea excesiva.

En este primer período de los desarrollos kleinianos la teoría del simbolismo es el nexo entre la fantasía inconsciente y el mundo externo, punto clave de inflexión teórica, configurando de esta manera un mundo interno que es escenario de intensos conflictos.

Segundo período: la posición depresiva

En 1935 en *Una contribución a la psicogénesis de los esta-*

dos maníaco-depresivos (M. Klein, 1935) formula su novedoso concepto de posición depresiva.

La teoría de las posiciones brinda el adecuado marco conceptual a los descubrimientos que venía realizando en la clínica de niños.

En la llamada 16 del mencionado artículo define "posición" como una constelación de ansiedades y defensas psicóticas en el desarrollo, diferenciándola de fases o mecanismos y también de las psicosis del adulto.

El concepto de posición es clave en el pensamiento de Klein, ya que brinda una teoría del desarrollo temprano y de la patología. Posición no es sinónimo de fase de la líbido y si bien se describen dos posiciones que parecen sucederse cronológicamente, en la vida mental ambas interactúan, dando cuenta de una estructura antes que de una cronología.

Este concepto nos remite a una organización que resulta de un determinado estado del yo, de un especial tipo de relación objetal, de una específica calidad de ansiedad y de las defensas correspondientes.

Describe como las primeras relaciones de objeto parcial escindidas en un pecho ideal que el niño desea y otro persecutorio que odia y teme, se van uniendo hasta culminar en una relación de objeto total, integrado y discriminado.

Para Klein, entre el cuarto y el sexto mes, el niño comienza a percibir a su madre como una persona total y allí se da el inicio de la posición depresiva. Esta comporta un cambio cualitativo en el vínculo entre ambos. El niño busca en su madre la protección frente a sus perseguidores, necesita introyectarla, pero la siente también expuesta a los mismos peligros que él.

Este tipo de vínculo con la madre como objeto total es el que lo lleva al reconocimiento de su realidad psíquica, ya que al superar la disociación anterior entre bueno y malo, reconoce que es la misma persona la que lo gratifica y frustra, la que él ama u odia. Por lo tanto el objeto total no sólo está expuesto al peligro del ataque por parte de los perseguidores internos sino también al daño causado por la hostilidad del yo.

El niño experimenta sentimientos de pérdida y tristeza, y también culpa por sentir que el daño ocurrido al objeto es consecuencia de los propios impulsos hostiles. En esta formulación del 35, se mezcla la descripción de la posición depresiva producto del amor al objeto, con ansiedades persecutorias cuando predomina el odio.

Lo que caracteriza a esta organización es la preocupación por el objeto amado, por su estado, y los desesperados intentos por salvarlo.

Es éste para Klein el punto de fijación de la melancolía y la ansiedad predominante es similar a la de dicha patología, es decir la inseguridad de poseer un buen objeto interno.

La severidad del superyó temprano se debe tanto a los ataques sádicos y a los temores paranoicos como a los reproches de los objetos internos dañados y a las exigencias de reparación que éstos imponen.

La elaboración de la posición depresiva en la vida emocional del bebé consiste en la introyección de un objeto interno total bueno y suficientemente seguro; si esto falla peligra la estabilidad del desarrollo emocional.

Entre las defensas específicas de esta estructura Klein describe la defensa maníaca, cuyo objetivo es la negación de la realidad psíquica y el dolor depresivo. Se desconoce la dependencia del objeto y predomina un sentimiento de omnipotencia cuyo objetivo es dominar y controlar a los objetos internos. Se trata de negar la pérdida de los mismos y su importancia.

El dolor depresivo puede también promover fantasías de reparación, relacionadas con la consolidación del objeto interno bueno. Estas fantasías ocupan un lugar central en la elaboración del duelo, que para Klein tiene por escenario el mundo interno.

El concepto de posición depresiva la lleva a hacer algunas modificaciones de sus ideas respecto del complejo de Edipo temprano. Sigue pensando que se halla bajo la influencia de la relación con el pecho y que la niña y el niño se vuelven al pene como sustituto de aquél. Mantiene también la existencia de las fantasías de ataque al cuerpo materno y a la pareja parental pero mientras que en el primer período pensaba que el Edipo comienza en la fase de sadismo máximo, ahora lo hace coincidir con la posición depresiva. Ambos padres son los objetos totales buenos para el niño y son atacados en la fantasía a causa de los celos edípicos, cuando se hallan unidos sexualmente.

Pero el amor hacia ellos tiene una vital importancia. Así, la renuncia edípica no sólo se debe al temor a la castración sino también al amor a los objetos y es por este motivo que el niño se rehusa a ocasionarles daño.

El niño desea reparar a sus padres y restituirle el amor y la creatividad a su unión sexual.

El concepto de posición depresiva es un catalizador en la teoría kleiniana que posibilita una vía de acceso a los procesos de duelo, creatividad y reparación.

Tercer período: posición esquizo-paranoide

En 1946 M. Klein escribe uno de sus más importantes trabajos: *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Previamente había seguido las ideas de Abraham sobre la existencia de una primera etapa oral preambivalente, y la aparición del sadismo en la etapa sádica oral. Ubicó la fase de sadismo máximo en la segunda fase oral y primera anal. Al elaborar el concepto de posición depresiva, deja de lado estas ideas y sostiene que el conflicto se juega entre el amor y el odio.

Ya en el artículo del 35 *Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos* vincula la escisión, la relación de objeto parcial y la ansiedad persecutoria como una organización previa a la posición depresiva.

En el artículo del 46 desarrolla con gran claridad, sus ideas acerca de esa etapa del desarrollo.

Fairbain (1944) utilizó el término "posición esquizoide", para aludir al estado disociado del yo primitivo. Klein habló de "posición paranoide" para referirse a la persecución de los objetos primitivos. Luego une ambas formulaciones en el término "posición esquizo-paranoide" para describir ese estado de la mente.

Klein piensa que desde el comienzo de la vida existe un yo, si bien precario, en el que coexisten tendencias de integración y desintegración, que siente miedo a la destrucción, debido a la acción de la pulsión de muerte y a causa de ello la proyecta defensivamente. Esta proyección da lugar a la fantasía de un objeto malo.

Desde el comienzo de la vida se establece el conflicto entre la pulsión de vida y de muerte. Promovido por la pulsión de vida, el yo ensaya primitivos mecanismos de defensa como la escisión, de sí mismo y del objeto, en una parte buena libidinal y otra mala destructiva, la proyección y la introyección. Con la proyección de la pulsión de vida se crea un objeto ideal, que inicia la integración. El yo necesita introyectar este objeto ideal e identificarse con él, para luchar contra los perseguidores, producidos por la proyección de los impulsos destructivos. La lucha entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, se trans-

forma en la lucha entre los aspectos buenos del yo, identificados con el objeto ideal, y los perseguidores, consecuencia de la fragmentación del objeto malo.

La ansiedad preponderante es que los perseguidores destruyan tanto al self como al objeto ideal, para defenderse de este temor se ponen en marcha los mecanismos esquizoides.

En esta primitiva organización de la mente no se vivencia la ausencia, la capacidad simbólica es mínima, la falta del objeto bueno es sentida como un ataque de los objetos malos. El hambre no se debe a la ausencia del pecho, sino a la acción de un pecho interno devorador.

Aumenta la escisión entre objeto ideal y malo. Se apela a la negación y a la fantasía de destrucción omnipotente de los perseguidores. Estas defensas ya habían sido descriptas previamente. Lo original de la presente formulación es organizarlas en la posición esquizo-paranoide, en torno a la primitiva relación con el pecho y a una forma de ansiedad específica: la persecutoria.

Entre los mecanismos de defensa característicos de esta etapa, describe el de identificación proyectiva. Por medio de dicho mecanismo el sadismo anal y uretral no sólo expulsa sustancias peligrosas (excrementos) fuera de sí y las coloca dentro del objeto, sino también proyecta partes disociadas del yo con el fin "no sólo de dañar al objeto sino también para controlarlo y tomar posesión de él" (M. Klein 1946, pág. 262).

Este mecanismo es de especial interés en los funcionamientos psicóticos, ya que lleva al borramiento de los límites entre el sujeto y el objeto; todo el self puede proyectarse en éste y confundirse con él. Así Dick se proyectaba entero en el interior vacío de la madre, lo que escenifica en la sesión metiéndose dentro de un armario, para protegerse de la realidad persecutoria, creada por la proyección de sadismo.

La identificación proyectiva no sólo se realiza con los aspectos malos del yo, sino también con los buenos, que se pueden proyectar en el objeto ideal, para protegerlos.

Este mecanismo da lugar a la estructura y a las relaciones objetales narcisistas, ya que el objeto conteniendo los aspectos del self escindidos, proyectados y alucinados en la identificación, pueden a la vez ser reintroyectados. Al proyectar las partes malas del yo, el objeto se convierte en perseguidor; al proyectar las buenas el objeto debe ser tenazmente controlado, porque su pérdida es sentida como una pérdida del yo.

Debido a esto, las relacionales objetales, son una fuente de peligro para las personas en las que la identificación proyectiva es muy intensa, y es por este motivo que estas personas intentan alejarse de todo vínculo. Este estado de cosas hacía suponer que los pacientes esquizoides o narcisistas no hacían transferencia.

La posición esquizoparanoide tiene implicancias importantes en la estructuración de la mente: el niño supera la persecución introyectando un pecho bueno e identicándose con él. El splitting es el precursor de la discriminación y la identificación proyectiva inicia la relación con el mundo exterior, tema que será desarrollado provechosamente por Bion.

Pero si la ansiedad es excesiva, da origen a severas patologías. La ansiedad persecutoria y las defensas esquizoides forman el substrato de la esquizofrenia, de las personalidades esquizoideas y las paranoides.

El miedo a la desintegración está en la raíz de las psicosis. El paciente psicótico puede aparecer sin manifestaciones de ansiedad como Dick, pero en su interior se halla dominado seguramente por una angustia catastrófica. Gran parte de los síntomas psicóticos se originan en los mecanismos esquizoides especialmente la disociación e identificación proyectiva excesivas.

Estas conceptualizaciones de Klein abrieron la clínica piscoanalítica a las psicosis. Sus descubrimientos acerca del desarrollo temprano permiten el acceso a ansiedades y defensas que caracterizan a las psicosis de niños y adultos, y por medio de su concepción de la fantasía inconsciente presente en todos los procesos mentales y expresándose especialmente en la situación transferencial, se han hecho posible desarrollos posteriores como los que han realizado Rosenfeld, Bion, Segal y Meltzer, tratando de investigar psicoanalíticamente las psicosis, antes excluidas de la clínica.

La posición esquizo-paranoide tiene un punto de inflexión que está marcado por la introyección del objeto total, que promueve importantes progresos en la integración. A medida que ésta aumenta disminuye la proyección y la omnipotencia. Se diferencian y discriminan la realidad interna y la externa. y así puede el sujeto responsabilizarse por su mundo interno, sus impulsos y sus objetos. El cuidado por éstos lleva a un abandono gradual de la identificación proyectiva y del control omnipotente, con la consiguiente aceptación de la realidad.

Este proceso tiene las características de la elaboración de un duelo, la renuncia al mundo defensivo del narcisismo. Este duelo, con la aceptación de las pérdidas y las responsabilidades, está ligado a la capacidad simbólica como lo han conceptualizado autores post-kleinianos como H. Segal, Bion y Meltzer.

En la formulación de la posición esquizo-paranoide, con pleno auge de la identificación proyectiva, el yo es concretamente el objeto. No hay símbolos sino ecuaciones simbólicas, de ahí el pensamiento concreto del psicótico.

En la posición depresiva se renuncia a la posesión omnipotente del objeto, se duela por él, se acepta su autonomía y así surge el símbolo en el lugar del objeto. Es este un momento fundamental del desarrollo, donde se estructura la realidad interna y externa por medio de la capacidad simbólica, los mecanismos de reparación, la discriminación respecto del objeto y la aceptación de su autonomía.

Cuarto período: la teoría de la envidia

M. Klein, en su trabajo de 1957, caracteriza la envidia como una emoción fundamental y primitiva. Surge desde el comienzo de la vida y tiene como objeto al pecho. El pecho que alimenta promueve en el bebé dos emociones opuestas: la gratificación que da lugar al amor y a la gratitud, y también la frustración que provoca la envidia ya que el niño percibe que el pecho no es parte de sí mismo sino que es externo a él. La envidia y la gratitud no se relacionan sólo con el alimento sino con todas las cualidades que pueden modificar las ansiedades del bebé.

El niño puede sentir envidia ante la gratificación, ya que esto es prueba de la riqueza que el pecho atesora dentro de sí, pero también ante la frustración, ya que siente que aquél guarda para sí dichos dones.

Klein distingue entre envidia, voracidad y celos. La envidia es más primitiva que los celos e implica una relación dual y no triangular.

Los celos pertenecen a la situación edípica donde el amor al objeto implica el odio hacia el rival. La voracidad tiene como objetivo apoderarse de los contenidos, de las riquezas del objeto, más allá de las necesidades del sujeto y de la voluntad de aquél. El daño que produce el accionar de la voracidad es acci-

dental; en cambio, la envidia tiene por cometido dañar los atributos del objeto a modo de defensa. La voracidad se sirve de la introyección, la envidia de la identificación proyectiva destructiva. Operando desde el nacimiento ocasiona severas perturbaciones en el desarrollo y da origen a la patología de la posición depresiva y de la posición esquizo-paranoide.

En la posición depresiva, la envidia puede afectar la introyección del objeto bueno, núcleo del yo y del superyó. En la posición esquizoparanoide un splitting adecuado entre objeto bueno y malo es la condición necesaria para la ulterior introyección del pecho bueno. La envidia, al atacar al objeto bueno convirtiéndolo en malo y fragmentándolo, provoca confusión entre lo bueno y lo malo dando así origen a muchas confusiones psicóticas y dañando la posibilidad de un splitting adecuado. Los ataques envidiosos al objeto bueno, dificultan la introyección. La proyección de la envidia en el objeto da origen a un superyó envidioso, que no sólo ataca los aspectos negativos del sujeto sino también su capacidad y creatividad. Las ansiedades de ambas posiciones son exacerbadas por ella y hacen más difícil su elaboración.

Klein destaca, además de factores externos, un factor constitucional especialmente en la envidia oral.

Esta funciona desde el nacimiento y está en estrecha conexión con el narcisismo defensivo, que reacciona con odio al ver que la fuente de la vida está fuera de él. Por ser un sentimiento fuertemente destructivo, puede reducirse su intensidad cuando es mitigada por el amor que genera la gratitud. Este sentimiento en cambio, está en relación con los buenos objetos internos que fueron introyectados sin demasiadas interferencias. El amor y la gratitud proporcionan la vivencia de tener bienes internos y la necesidad de compartirlos.

El conflicto entre envidia y gratitud es similiar al existente entre el amor y el odio y es nuclear en los ulteriores desarrollos de la teoría kleiniana.

Desde el punto de vista específico de las psicosis, el pensamiento de Klein, como ya vimos anteriormente, ha abierto la comprensión psicoanalítica de dichas afecciones y ha permitido, gracias a sus brillantes comprensiones clínicas, desarrollos ulteriores de gran importancia.

La comprensión de la transferencia psicótica y narcisista y la posibilidad de trabajar con ellas en el tratamiento analítico, es el resultado del descubrimiento de las tempranas relaciones

de objetos y del mecanismo de la identificación proyectiva, elemento este último fundamental en la comprensión del funcionamiento psicótico y normal de la mente.

Bibliografía

Baranger, W.: *Posición y objeto en la obra de M. Klein*, Edic. Kargieman, Buenos Aires, 1976.

Etchegoyen, Horacio: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986.

Klein, Melanie: (1930) *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo* en *Contribuciones al Psicoanálisis*, Ediciones Hormé, Buenos Aires.
(1934) *Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos* en *Contribuciones al Psicoanálisis*, Ediciones Hormé, Buenos Aires.
(1940) *El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos*, Ediciones Hormé, Buenos Aires.
(1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *"Desarrollos en Psicoanálisis"*, Ediciones Hormé, Buenos Aires.
(1957) *Envidia y Gratitud*, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Petot, J. M.: *Melanie Klein, Primeros descubrimientos y primer sistema* (1919-1932) Editorial Paidós, Buenos Aires, 1982.

Segal, Hanna: *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1965.

La psicosis en la obra de Bion

Adela Costas Antola

"Is the golden syrup really gold?"
"Is electricity an electric city?"

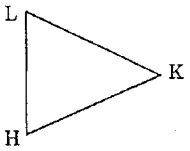
Estas preguntas rescatadas de su más temprana infancia en la India, nos señalan ya el lugar desde donde Bion va a abordar el estudio de las perturbaciones psíquicas: la estructuración simbólica. Toda una vida dedicada a intentar desentrañar el funcionamiento del "aparato para pensar".

Wilfred Bion nace en Mutra, Provincias Unidas de India, en 1892. A los 8 años es enviado a Inglaterra para realizar sus estudios. Nunca más regresa a su lugar natal. Muere en 1979, dos meses antes de un largamente planeado viaje a Bombay. Recién a los 27 años descubre su verdadera vocación. Después de estudiar medicina emprende su formación psicoanalítica.

Notamos en la obra de Bion una fuerte impronta del pensamiento de Melanie Klein, de quien fuera discípulo. En uno de sus primeros libros, *Aprendiendo de la experiencia*, es ya posible vislumbrar su tendencia a usar signos o a crear palabras, función alfa, elementos beta, ♁ (continente), ♂ (contenido), barrera de contacto. Es una manera de escapar a la concretización y al cierre que se produce ante el uso frecuente de ciertas palabras. Con este ejercicio, nos insta a tratar de sostener el interrogante sin saturar rápidamente de significados. Además hace una advertencia clara, términos

tales como pecho, alimento, crecimiento mental, partes del yo, no se refirieren a objetos concretos sino a funciones, o los utiliza para modelizar una relación. Otras veces emplea palabras de uso corriente como "experiencia emocional", "sentido común", pero definiendo un nuevo universo de significados. No deberíamos ceder a la tentación de atribuirle una significación cotidiana. Seguramente ustedes habrán leído o escuchado la expresión "experiencia emocional"; a veces se interpreta erróneamente como sentir emociones. Veamos de qué se trata.

Las *experiencias emocionales* van conformando en su transcurrir el aparato mental; implican necesariamente un vínculo. Tres son los factores inherentes a la relación entre dos objetos relacionados entre sí, L (love-amor), H (hate-odio) y K (knowledge-conocimiento), siempre presentes en toda experiencia emocional.



Habrá un vértice privilegiado acorde con la experiencia de que se trate; por ejemplo en el vínculo analítico, K, con subordinación de L y H, es el vértice transformador, al promover la formación de símbolos. La tolerancia a un sentido de infinito y a la duda son el conectivo esencial para que K sea posible.

La capacidad transformadora de K no radica en el conocimiento logrado, sino precisamente en la tolerancia a lo no conocido, en la disposición a conocer. Esta cualidad negativa permite afirmar que toda experiencia emocional conlleva dolor mental, aún cuando la misma sea gratificante. *Evitar el dolor* o *tender a modificarlo* son dos tendencias fundamentales, con consecuencias claramente contrapuestas.

Ninguna de las corrientes psicoanalíticas concibe un aparato mental pre-formado; todas las especulaciones en torno a la estructuración mental toman en cuenta la intervención de una presencia externa en la conformación del ser humano. He encontrado en la literatura un hermoso diálogo imaginario de Luigi Pirandello con su madre muerta, que nos puede ayudar

a pensar acerca de este tema.

> *"M: Ves Luigi, cómo el cuerpo se había reducido? Por eso vino la muerte, debía venir! No llores Luigi; si me quieres tanto debes pensarme así, como me ves aquí y ahora, viva.*
> *"P: No lloro por eso; cierto mamma que yo te recuerdo; siempre te veo como estás ahora; siempre te imaginaré como te imagino ahora, viva, sentada aquí en tu sillón. Pero lloro por otra cosa, lloro porque tú no puedes pensar en mí. Cuando estabas sentada aquí, yo decía: si desde lejos ella me piensa, yo estoy vivo para ella. Esto me sostenía y me confortaba. Ahora que tú estás muerta y no me piensas más, yo no estoy vivo para tí y no lo estaré nunca más".*

La madre lo piensa y, en ese acto, lo sostiene, le da vida, lo conforta; es la conocida "función reverie". Esta palabra alude en inglés a un estado de ensoñación, de fantaseo sobre todo agradable y juguetón. Tiene su origen en el francés donde es usada en expresiones tales como "*estar perdido* en las nubes" o "*reflexiones* de un paseante solitario"; hace referencia a un andar sin objetivo o meta fija, una especie de vagabundeo mental. En el Francés Medio significaba delirio. Con esta hipótesis especulativa Bion intenta explicar la manera en que las experiencias emocionales son procesadas por el bebé. Esta función es la fuente de donde se nutre el niño; es un estado anímico abierto a la recepción de cualquier contenido mental del lactante, ya sean sentidos por éste como buenos o malos. No se puede considerar en forma aislada la capacidad reverie de la madre; el vínculo envuelve a dos términos, madre-lactante. Las cualidades psíquicas de uno indudablemente impactan en el otro. Un bebé sin tolerancia a la frustración aún cuando cuente con la capacidad reverie de la madre, nunca puede encontrar satisfacción. Suponiendo la existencia de una fuente proveedora inagotable, en algún momento faltaría el apetito. Esto me recuerda a un niño encoprético que después de defecar ensuciaba las paredes del colegio con su caca. Cuando lo vi en una hora de juego, me sorprendió su actitud frente a los objetos que iba encontrando en la caja, decía "¡Qué lindo barco... pero falta el muelle! ¡Qué lindo coche... pero falta el garage! ¡Qué lindo camión (de bomberos)... pero falta el edificio!". La frustración que implicaba la no presencia contenida en cada objeto impedía el despliegue de la actividad lúdica.

Esta teoría vincular permite dar cuenta de la metabolización de los contenidos evacuados por el bebé en la madre, a través de la identificación proyectiva; Bion los denomina *elementos beta*. La función reverie que cumple la madre, los transforma en aptos para ser soñados, pensados o fantaseados, y se constituyen de este modo en *elementos alfa*. Estos conforman la *barrera de contacto*, separación entre lo consciente y lo inconsciente, entre el dormir y el despertar; separación anulada en la psicosis.

Si nos encontráramos ante un fracaso de tal función se desataría una proliferación de elementos beta, material que no puede ser alojado en la mente, reclama su expulsión por el mecanismo de la *identificación proyectiva* (IP). La mente se coagula en un estado en el que no es posible soñar pero tampoco despertar; no se está ni despierto, ni dormido; ni vivo ni muerto; es un funcionamiento robótico. La imposibilidad de transformar los elementos beta en alfa puede llevar a la aparición de síntomas hipocondríacos como intentos de establecer una reconexión con las cualidades psíquicas ausentes; las sensaciones físicas pasan a ocupar el lugar de las cualidades psíquicas inexistentes. Las impresiones sensoriales contenidas en los elementos beta incrustan su concretud en el cuerpo.

Bion entiende el concepto de *Identificación Proyectiva* (IP) como una fantasía omnipotente de desprendimiento de partes indeseables, aunque a veces también valoradas de la personalidad (de tal modo de lograr su preservación) y colocadas en un objeto. En la *función reverie* la IP permite, por un lado, la posibilidad de involucrar a la madre en sus propios estados mentales, al modo de un canal comunicante, esperando recibir de ella el alimento mental necesario; por el otro, estaría la IP como una manera de deshacerse de contenidos mentales. La IP cumpliría entonces dos funciones, nutritiva y desintoxicante, tal como el cordón umbilical en el orden biológico. La no tolerancia a la frustración marca una diferencia cualitativa en este mecanismo; el mismo estaría al servicio de evitar el dolor mental. El pensar se hace imposible. Bion sostiene que un paciente en quien predomina esta IP patológica convierte a su analista en depositario de contenidos altamente angustiantes, sobre todo confusionantes.

Si la mente no logra permanecer receptiva a los estados mentales del bebé, si la función materna sirve solamente a la satisfacción de las necesidades materiales, estaríamos ante un

splitting forzoso. Pero tengamos en cuenta que Bion lo describe como un fracaso en la mente del lactante. En la situación de *splitting forzoso*, la experiencia emocional que la lactancia implica no puede ser tolerada; la coexistencia de amor y gratitud, por un lado, odio y envidia por el otro, ante el reconocimiento de la existencia de un objeto capaz de proveer tanta satisfacción y bienestar, se hace insoportable. Sin embargo no es posible rechazar el pecho ante el temor a la muerte por inanición; el bebé sigue alimentándose, a costa de una separación entre la satisfacción material y la psíquica. El ansia de amor no es satisfecha y se convierte en excesiva voracidad. Todo contacto establecido es solamente para lograr un bienestar material, como el que pueden proporcionar los objetos inanimados. Un paciente psicótico reclama a un nivel concreto y, al mismo tiempo que sostiene una distancia abismal, es insaciable en su exigencia. Bion va a decir más tarde en su libro *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento* que una mente en este estado engendra "objetos inexistentes voraces de existencia..."

Nos vamos acercando al concepto de *objeto bizarro*. La palabra "bizarro" no es una buena traducción; en español alude a valiente, gallardo, generoso. En cambio en inglés *bizarre* significa excéntrico, grotesto, extraño; proviene del italiano *bizzarro* "fogoso, propiamente iracundo, furioso", deriva de *bizza*, palabra que por el siglo XIII tenía el significado de "ira instantánea, rabieta". Abarca un mismo universo cuando se refiere a la pintura, "colorido o adorno exagerado, uso de formas y colores muy contrastantes e incongruentes", entiendo que Bion incluye en este concepto la idea de violencia y furia; ya que un objeto bizarro sería un elemento beta con vestigios del yo y del super yo; al objeto splitado previamente se le adosan tales vestigios. Vale la pena aclarar que son funciones del yo y del super yo las que se expulsan. El splitting es efecto de la violencia con que ataca su propio aparato mental promovido por el odio a la realidad interna y externa. "Cada partícula es sentida como consistiendo en un objeto real que estaría encapsulado en una parte de la personalidad que lo ha engullido. La naturaleza de esta partícula completa, dependerá parcialmente del carácter de la partícula de la personalidad que le ha engolfado". Por ejemplo si la parte de la personalidad está en relación con la audición, el gramófono adquiere el sentido de estar escuchando al paciente. El objeto, enojado por la situación, se hincha, diríamos y cubre y controla la pieza de la personalidad

que la engolfa, es en ese sentido que la partícula de la personalidad se ha vuelto una "cosa". En la fantasía del paciente estos aspectos expulsados adquieren existencia propia; ya no son controlables por él; "como si la expulsión hubiera servido solamente para aumentar su número y el ataque hostil contra su mente expulsora". Recuerdo un paciente paranoico en el Hospital Psiquiátrico de Honduras que expresaba esto mismo así: "A veces logro sentirme sin miedo, pero al ratito siento como si ese miedo me viniera de afuera con miles de hijitos".

Del concepto de IP emergen los signos ♀ (femenino) y ♂ (masculino) para representar *continente* (aquello que aloja) y *contenido* (lo alojado); son dos términos de la relación vincular en la que intervienen los tres factores nombrados previamente L, H y K. Iniciamente la madre cumple la función continente de los contenidos del bebé para su metabolización, a través de la función reverie. Posteriormente, al ser esta función internalizada, forman parte de la propia función alfa del sujeto. Bion describe *continente* como "una red con hilos que son las emociones", sería una malla capaz de contener, de alojar, pero al mismo tiemo capaz de perder rigidez. De hecho *continente* y *contenido* son forjados por la interrelación; los pensamientos forjan *continente,* al mismo tiempo que éste forja *contenido.*

> *"M: Te llamé para decirte lo que no pude por tu ausencia, antes de dejar la vida.*
> *P: Ser fuerte, no mamma? Hoy como ayer, como siempre. Te ríes de mí, eh?... No, dímelo, lo necesito; por esto he venido.*
> *M: Debes relajarte. Ser fuerte no significa vivir siempre así (hace un gesto de crispar la mano); significa saber vivir también así (abre la mano)".*

Esta capacidad de *continente* de integrar y al mismo tiempo generosamente permitir la dispersión, nos va llevando a la llamada función PS ◄► D, término de la teoría kleiniana que alude a la posición esquizo-paranoide y depresiva. En este contexto implica movimiento, alternancia entre desintegración o conjunción de los mismos. En la *posición D* emerge el *"nombre"* que da coherencia a los elementos hasta entonces dispersos. Hablamos de articulación, integración o conjunción cuando en la función PS ◄► D intervienen elementos alfa; en cambio, hablamos de aglutinamiento cuando la función opera con elementos beta, no pasibles de articulación alguna; se pueden

amontonar, aglutinar, pero no articularse. Este sería uno de los déficits fundamentales en la estructuración de una mente con perturbaciones en la función simbólica como lo es la psicosis. Los elementos beta padecen de concretud. Los objetos concretos de esta habitación, sillas, mesas, pizarrón, tizas, se pueden amontonar pero no articular; no pueden, por ende, modificarse uno al otro como sucede en la articulación de los elementos alfa o de las palabras.

El nombre tiene la cualidad de unir los elementos dispersos y es producto de una experiencia emocional. Cada palabra se define por su cualidad negativa, representa lo que no es, una no-cosa. Si predomina la evasión, el nombre en realidad constituiría un elemento beta. No resulta ser entonces la relación entre la cosa y la no-cosa, entre presencia y ausencia, entre existencia y no-existencia. En las perturbaciones psicóticas, las palabras dejan de ser signos abstractos para convertirse en cosas ellas mismas. El uso de las palabras sirve así para liberar a la mente de estímulos, al modo de una evacuación. Bion considera que en la psicosis el splitting y la IP son constantes. Los contenidos mentales son intolerables, no pueden ser alojados en la mente; habría un continente incapaz de alojar y, al mismo tiempo, contenidos no aptos para ser alojados.,

Ya en sus primeros trabajos sobre psicosis, Bion había logrado comprender que en estos pacientes, los órganos sensoriales no sólo reciben impresiones, sino sirven también para expulsar contenidos mentales, los que después llamaría elementos beta. Cuando el paciente dice estar percibiendo un determinado objeto, como sucede en la alucinación, en realidad está expeliéndolo. Lo expulsado se transforma en presencias amenazantes, atormentadoras, se ve entonces rodeado de objetos extraños. Los objetos expulsados son de naturaleza hostil, cruel, y además contienen funciones mentales, por lo que es un mecanismo denudante, empobrecedor de la mente. En el psicótico el temor intenso a cometer un acto de violencia tiene su origen no sólo en sus impulsos hostiles, sino en la convicción de que lo ha cometido, o por lo menos en la imposibilidad de afirmar que no lo ha cometido.

Los sentidos sirven en las alucinaciones, para expulsar los objetos bizarros. La evasión de la frustración a través de la alucinación crea la *"seonsous - reality"*, término que alude en inglés a la sensorialidad y también a la sensualidad. Las sensaciones mismas pasan a ocupar el lugar de la búsqueda de la

verdad. La cualidad de concretud de los elementos beta expulsados parece tener una *"realization"* bastante aproximada en las alucinaciones descriptas por Ray Bradbury en *Crónicas Marcianas*, las que efectivamente se pueden ver, oler e incluso contagiar. Bion diferencia dos tipos de alucinación, la histérica y la piscótica, la diferencia estaría en el contenido. En la histérica, se trata de objetos totales y está asociada a la posición depresiva; mientras en la psicótica el contenido es de objetos parciales, hacen a la posición esquizo-paranoide. Los dos tipos de alucinaciones pueden encontrarse en la psicosis.

En su libro *Transformaciones*, partiendo del concepto kantiano de cosa-en-sí como realidad incognoscible, nomina O a lo incognoscible, expresado a través de un sistema de transformaciones, y accesible únicamente por medio de las mismas. Vamos a ver dos tipos de transformaciones: (1) las de *movimiento rígido* de "fidelidad indeseada", expresión de Freud que nos lleva de inmediato a pensar en la transferencia; es posible seguir una cadena transformacional que permita establecer un sentido, se refiere al Complejo de Edipo y sus ramificaciones que tienen lugar dentro de la transferencia. (2) Las *transformaciones proyectivas*, asentadas en la IP patológica: no es posible en estos casos diferenciar entre los acontecimientos previos ocurridos y lo que sucede en el ahora. Bion trae como ejemplo un paciente que comenta enojado que había venido el lechero; al mismo tiempo se muestra enojado con el analista y de muy mal humor; no diferencia entre el lechero y el analista. Bion considera a este fenómeno que se produce en sesión diferente a los fenómenos transferenciales. El acontecimiento del lechero no está siendo usado para recordar emociones que pueden expresar lo que le está ocurriendo en el ahora con el analista. Al ser hechos sin digerir, no están sujetos al devenir del tiempo, no hay pasado ni futuro: es nada más que un ahora donde todo se aglutina. "El tiempo está a la vez agotado y escindido" ... "es la fina membrana de un momento". En los procesos de transformaciones rígidas la invariancia permite seguir la cadena transformacional. En cambio en las proyectivas, uno se encuentra frente a una reacción. Dada la escisión del tiempo, su inmovilidad, y la ausencia de invariancia no es posible seguir ninguna cadena transformacional. Estos pacientes no pueden diferenciar entre la cosa y la no-cosa, entre la cosa y el pensamiento correspondiente. Habíamos dicho que la cosa-en-sí es incognoscible; pero desde la perspectiva de estas

transformaciones parece que no se puede "conocer" otra cosa que la cosa-en-sí. El pensamiento no es posible, las palabras son elementos beta usadas como cosas concretas. Estos pacientes no poseen recuerdos sino hechos sin digerir, como si hubieran sido alimentados con las "tortas de cristal" que cita Ray Bradbury en *Crónicas Marcianas*.

Bion utiliza para describir el estado de estos pacientes, una expresión que me parece muy ilustrativa: estado omnipotente ←→ desamparado, impregnado de violencia moral y omnipotencia. Por un lado niega la presencia del objeto presente; por otro, niega la ausencia del objeto ausente. Cumple así el propósito de negar la ausencia al mismo tiempo que la presencia. La sanción moral pasa a ocupar el lugar del conocimiento acerca de algo; el componente moral es propio de los objetos bizarros y proporciona una suerte de control omnipotente que lo libera ilusoriamente del desamparo.

Un paciente con la mente denudada por la expulsión de sus funciones, amenazada por los objetos bizarros que la rodean, abandonada a la soledad producida por el ataque a su mundo interno y externo y por la concretud de los contenidos mentales, podría decirnos algo así:

"Tegucigalpa, 10 de mayo de 1983

Licenciada Adela Costas:
Se mē perdieron dos pocos de papel higiénico rosado y no sé (don) ni adonde los perdí, busqué en mi cartera y no había nada.
También me (perdieron) rompieron una fotografía de un calendario donde está una niña con un gatito.
Suceden cosas muy extrañas a mi alrededor.
Estoy muy sola, triste, abandonada y despreciada por todo el mundo

(----------)	*Padezco de*
(Nombre de la madre tachado)	
(----------)	*olvido, pier-*
Nombre de una hna. tachado)	
(----------)	*do, mis cosas*
Nombre de otra hna. tachado)	
(----------)	*y después me quedo buscando y*
(Nombre de la paciente)	*no las encuentro*

Oigo unos ruidos bien feos dentro de mi alma, cuerpo y mente.
Paciente del Hospital de Día
(Nombre de la paciente)
Número de expediente es .....
No me gusta"

Bibliografía

Bianchedi, E.T. de: *Problemas Epistemológicos en la obra de W.R. Bion*. Psicoanálisis. Vol. X, Buenos Aires, 1988.

Bion, W. R.: *Volviendo a Pensar*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1977.
Aprendiendo de la experiencia. Paidós, Buenos Aires, 1962.
Elementos de Psicoanálisis. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1966.
Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, 1965.

Bradbury, R.: *Crónicas Marcianas*. Minotauro. Buenos Aires, 1992.

Corominas, J.: *Diccionario Etimológico*. Ed. Gredos. Madrid, 1976.

Sor, D. y Gazzano, M.R.S.de: *Cambio Catastrófico. Psicoanálisis del darse cuenta*. Edic. Kargieman, Buenos Aires, 1988.

Aproximación a Searles

María Bernarda Pérez

El jueves pasado, quien tuvo a su cargo la clase sobre Bion, señalaba que no se puede negar que M. Klein fue valiente en su trabajo con pacientes psicóticos. Esto mismo señala Jinkis en relación a Searles: "El intento valiente y descaminado de Searles y el no menos valiente por más ciego de algunos analistas kleinianos, han terminado en rotundos fracasos, y estos fracasos hacen necesario examinar algunas cuestiones lógicamente preliminares a la posibilidad de un tratamiento..." (J. Jinkis, *Transferencia y alucinación. Lo que el psicoanálisis nos enseña*).

En escritos sobre la esquizofrenia, Harold Searles dice que sus conceptos teóricos derivan en cierta medida del trabajo de Mahler (1952) sobre las psicosis infantiles autística y simbiótica y de los de Balint (1953-1955) sobre los fenómenos de la "temprana formación del yo".

Sobre la esquizofrenia, sostiene: "En mi opinión las raíces etiológicas de la esquizofrenia se establecen cuando la simbiosis madre-hijo no se resuelve para dar lugar a la individuación de ambos o lo que es peor ni siquiera llega a establecerse con firmeza debido a que la profunda ambivalencia de la madre impide la integración y la diferenciación del yo del lactante y del niño pequeño".

En la psicoterapia con esquizofrénicos crónicos habla de transferencia señalando que "sin duda, en este sentido hace

mucho que superamos la posición de Freud (1911-1914) y Abraham (1908) para quienes el paciente esquizofrénico ha hecho una regresión a un nivel autoerótico del desarrollo y, por ende, es incapaz de establecer una transferencia".

No queda claro, para mí, en qué se ha superado esta posición de Freud si no es confundiendo transferencia con relación de objeto. "En la literatura psiconalítica, la identificación primaria siempre está pensada (salvo en Lacan) como identificación narcisística. Esto es muy claro en la práctica de la psicoterapia de la psicosis y en particular en autores de la escuela inglesa, aunque también lo encontramos en autores de lengua francesa que no siguen la enseñanza de Lacan o que dicen continuarla". (J. Jinkis, *Lectura de lo primario*).

Propone el término "psicosis transferencial" (Rosenfeld) o "transferencia delirante" (M. Little) y es interesante lo que señala en relación al analista: "Lo temido que un paciente que era manifiestamente cuerdo al comienzo del análisis pero, con una estructura yoica fronteriza, se vuelve abiertamente psicótico en el curso de la relación transferencial. Culpamos de esto al analista por el temor de volvernos psicóticos en nuestro propio análisis".[1]

Y sobre la conveniencia de que el terapeuta renuncie a su afán perfeccionista de omnisciencia frente a las comunicaciones desconcertantes o confusas del esquizofrénico: "Ese afán, en alguna fase de la labor con casi todos estos pacientes, no hace más que cooperar con el sadismo del paciente". El terapeuta —por su integridad— no necesitaría mostrarse infalible.[2]

En relación a las interpretaciones verbales transferenciales —en la esquizofrenia crónica— rara vez le parecen adecuadas.

La referencia a la integridad o integración es porque junto con la diferenciación (tomadas como anverso y reverso de un proceso unitario de crecimiento) van a dar un determinante esencial de la complejidad y variación en las manifestaciones de la esquizofrenia. Por un "menoscabo" de ambas, podemos decir desde el punto de vista descriptivo, que el Ello-Yo y Superyó están mal integrados entre sí.

Estos dos procesos están en íntima relación, pues para que las funciones de la personalidad lleguen a "integrarse" es nece-

[1] ¿Podríamos pensar que se refiere a un pre-psicótico?

[2] Aguda observación con respecto *a no* ocupar ese lugar de A a que nos convocan los pacientes esquizofrénicos en tanto se presentan como objetos (a).

sario que surjan parcialmente diferenciados. Y a su vez la diferenciación sólo puede tener lugar a partir de funciones o contenidos más o menos integrados.

Por la discordancia que hay en el esquizofrénico en un momento dado entre estos procesos, habla de dos tipos distintos de pacientes.

El "tipo no integrado" de paciente

El yo —siempre según Searles— es demasiado débil para tolerar conscientemente sus intensos sentimientos mal integrados o ambivalentes y estos son en gran medida disociados y reprimidos y proyectados en el mundo externo, que por lo tanto se experimenta como caótico.

Los mecanismos defensivos son los mismos que constituyen los diversos disfraces que aparecen en los sueños: desplazamiento-proyección, condensación aislamiento (para evitar la percepción de sentimientos intensamente ambivalentes) ambivalencia, regresión (M. Little).

Si bien Freud, en la Adición metapsicológica a la teoría de los sueños (1917) equipara la fase alucinatoria de la esquizofrenia con el deseo onírico alucinado, es conveniente recordar que introduce también el término Verwerfung como fenómeno de exclusión, donde el sujeto nada quiere saber en el sentido de lo reprimido —y como lo señala Lacan— todo lo rehusado en el orden simbólico en el sentido de la Verwerfung reaparece en lo Real (Seminario III).

Este tipo de paciente manifiesta una tendencia "natural" a identificarse plenamente con el terapeuta. El terapeuta-madre será una isla segura que protege contra la fragmentación y en la relación simbiótica tiende a totalizar hasta el momento en que el propio yo del paciente la considera una fase necesaria en el psicoanálisis con pacientes neuróticos o psicóticos.

El tipo no diferenciado de paciente

Presentan una personalidad poco diferenciada, estereotipada, se sienten muertos casi constantemente. Por esta no diferenciación de sus pensamientos y sentimientos estos no son susceptibles de que nos sean comunicados. La poca diferenciación desaparece cuando una emoción intensa aparece en la conciencia. El mundo se les presenta muerto y vacío. Cuando

algo irrumpe en su conciencia por su yo indiferenciado no puede mantener su estructura frente a esos intensos afectos y queda invadido por un "pasión indiferenciada". También aquí el proceso curativo "tiene lugar fuera del paciente, por así decirlo, en un nivel intrapsíquico en el terapeuta". Este debe experimentar su propia falta de diferenciación del paciente; la del paciente se ve promovida por el hecho de que el terapeuta percibe en él una persona cada vez más diferenciada y porque permite que la diferenciación de su propia personalidad participe cada vez de manera más libre en la relación terapeútica.

Estos estados —no integración y no diferenciación— deben entenderse como defensas flexibles del yo contra una ansiedad abrumadora: esto parece deberse sobre todo a la regresión que hace el esquizofrénico al nivel de la temprana infancia, la fase del desarrollo en la que el lactante aún no se había diferenciado subjetivamente del mundo externo. La relación simbiótica con la madre nunca llegó a establecerse o bien no se resolvió en forma normal durante la temprana infancia. Las necesidades del niño suelen quedar subordinadas a las de la personalidad de la madre. El hijo percibe que el funcionamiento enfermo de su propia personalidad se ensambla con el de la madre de modo tal que le permite a ésta sobrevivir.

En la relación terapeuta-paciente, se debe lograr una regresión a ese nivel simbiótico —en la transferencia— para poder comenzar y avanzar hacia una diferenciación e integración de la personalidad más sanas que las alcanzadas antes de comenzar la terapia.

Ambos deben renunciar al contentamiento oceánico, la omnipotencia y la adoración de tipo madre-bebé que constituyen los ingredientes de la relación simbiótica.

Considera que la psicoterapia en la esquizofrenia está caracterizada por distintas fases que equipara a la descripción que "hace Freud de las fases del desarrollo libidinal en el proceso sano de maduración".

Fase sin contacto

Fase de simbiosis ambivalente

Fase de simbiosis preambivalente

Resolución de la simbiosis

Fase final: individuación a través de nuevas identificaciones y repudio de las que ya perdieron vigencia.

En la medida en que el terapeuta está libre de toda compulsión a "salvar" al paciente, puede permanecer suficientemente

al margen como para percibir síntomas. Esto sería: alucinaciones, delirios verbalizados, etc.

El terapeuta debe enfrentar no sólo las amenazas de suicidio o de desintegración psicótica por parte del paciente y de destrucción profesional personal sino la amenaza que el paciente decida cambiar de terapeuta.

En la fase sin contacto: El prototipo es la experiencia del lactante que aún no distingue el "mundo externo y el interno". El paciente no tiene acceso a sus propios sentimientos; existe extrañeza frente a la sintomatología bizarra alucinaciones, verbalizaciones delirantes, neologismos. El terapeuta debe evitar moldear al paciente según su propia imagen o imponerle lo que debe llegar a ser, a medida que avanza en su tarea el terapeuta aprende a dar "cada vez menos cosas por sentadas, a cuestionar cada vez más sus propios supuestos y a descartar muchos de ellos".

Simbiosis ambivalente: Se debilitan los límites yoicos entre el paciente y el terapeuta; en éste también existe una regresión a la relación simbiótica como defensa inconsciente frente a los intensos sentimientos ambivalentes. Se caracteriza por un mutuo esfuerzo por enloquecer al otro. El paciente puede por fin enfrentar en forma simbólica la destructividad de los padres, pues en la relación transferencial constata que cada uno sobrevive a la manifestación del más profundo odio en sí mismo y con el otro.

Simbiosis total o preambivalente: En la relación terapéutica hay una regresión a la simbiosis madre-hijo. Este acepta los sentimientos de una madre buena que encierra la importancia de un Dios para el niño pequeño que hay en el paciente. También se juega la dependencia infantil del terapeuta con respecto al paciente visto como una madre buena.

Subraya que a veces es difícil saber si es la fase preambivalente de simbiosis transferencial o una "folie a deux" como defensa contra el reconocimiento del odio.

Fase de resolución de la simbiosis: Es la base para el desarrollo renovado y más sano de la individualidad. A partir de que el terapeuta comprende la locura de seguir sometiéndose a las exigencias del paciente, comienza a hacer responsable de sus

síntomas (los del paciente) al paciente. Al terapeuta no le importa si la respuesta del paciente será el suicidio o la desintegación psicótica, pone en juego su propia posición profesional. Esta resolución se ve complicada por la resistencia de las diversas personas en la vida del paciente que no quieren que se convierta en una persona separada y los prive de gratificaciones simbióticas.

Fase final: La resolución de la fase anterior permite al paciente establecer una genuina relación objetal y por ende enfrentar los problemas propios del psicoanálisis de neuróticos. Necesita que se le vuelva a enseñar a vivir, lugar al que es convocado el terapeuta; pero el paciente se convence con profundo desprecio y desilusión de que el terapeuta no está en condiciones de ser el conductor omnisciente de su vida y que está loco. Se clarifica el comienzo de la psicosis. Relación con lo padres y sus intensos afectos reprimidos que subyacen a su propia locura. Si bien esto es una apretada síntesis de lo que plantea Searles quisiera recomenzar la lectura de los ejemplos clínicos que da en su libro, a modo de intervención, podríamos decir "casi delirar con el paciente". Y que por su teorización el analista *si* ha transitado —en su análisis— esos estados de integración y diferenciación. Quisiera agregar que en relación al superyó dice que se comporta como un tirano cruel —en la esquizofrenia— y en la persona normal es una guía firme pero amistosa y útil para el yo.

Todas estas fases tienen relación con la evolución de la transferencia, fundamentalmente la referida a la madre —tomando al terapeuta esta figura. Aunque en el comentario de uno de sus casos, en que la paciente recordando algo acerca de "uno de los padres" dice en tono cordial, decidido y con honda emoción: "Este realmente es mi padre". Searles, señala a pie de página: "Esta referencia al padre y los indicios de una transferencia paterna positiva en ese momento demuestran cuan *artificial* es mi esfuerzo por seguir el curso de la transferencia materna únicamente".

Si la transferencia está bien encaminada esto lleva a la superación de la enfermedad que al comienzo del tratamiento —en la esquizofrenia— debido a la profundidad y su carácter crónico se convierte en una tarea terapéutica desusadamente difícil.

Primero: el terapeuta debe funcionar como una parte del paciente y permitir que éste sea genuinamente, en un nivel pro-

fundo del funcionamiento psicológico, una parte del terapeuta. Segundo: debe promover la individuación del paciente y su propia individuación (fase de relación simbiótica entre médico y paciente). Tercero: con la individuación del paciente como una persona total, y su capacidad de percibir al terapeuta como tal, "lo que antes era en él una psicosis transferencial se convierte en una neurosis transferencial". El terapeuta debe discernir las manifestaciones transferenciales de tipo de objeto total, es decir neuróticas, y hacer interpretaciones en ese sentido.

Plantea la psicosis transferencial o delirante a cualquier tipo de transferencia que distorsione o impida una relación entre paciente y terapeuta como dos seres cuerdos y humanos, separados y vivos. Distingue cuatro categorías:

1. Situaciones transferenciales en las que el terapeuta no siente que hay relación con el paciente (equivale a la fase sin contacto).
2. Se establece una clara relación pero ambivalente.
3. La psicosis del paciente representa, en la transferencia, un esfuerzo por completar la personalidad del terapeuta o por ayudar al progenitor terapeuta en convertirse en una persona separada y total.
4. El paciente, profunda y crónicamente confuso, que en su niñez estuvo acostumbrado a que uno de sus progenitores pensara por él, ambivalentemente trata: a) de perpetuar una relación simbiótica en la que el terapeuta piensa en gran medida por él, y b) expresa, a través de lo que el terapeuta experimenta como una anulación sádica y castradora de sus esfuerzos por ayudarlo, la decisión de ser un individuo que piensa, o funciona de alguna otra manera por sí mismo.

Con respecto a estas formas de transferencia delirante, refiere que así como pueden aparecer en cualquier momento y en cualquier paciente, en un momento u otro de su psicoterapia, del mismo modo resulta imposible establecer límites claros entre la psicosis transferencial en general, por un lado, y la neurosis transferencial por otro. Se apoya para sostener esto en una cita de Freud: "Los neuróticos se apartan de la realidad porque la encuentran intolerable, sea en su totalidad o partes de ella. El tipo más extremo de este intento de apartarse de la realidad se observa en ciertos casos de psicosis alucinatoria

que intenta negar el hecho particular que provocó el estallido de la insanía. Pero, en realidad, todo neurótico hace lo mismo con algún fragmento de la realidad..." [1]

Además de Freud, toma a Klein, Bion, Little, Rosenfeld y otros con los que acuerda por momentos y se "diferencia" después. Esto lo intenta explicar: "En mi opinión no se trata de tener que elegir entre conceptos teóricos irreconciliables, sino, más bien, de determinar en qué fase del desarrollo yoico del paciente cada uno de ellos nos resulta más útil".

El proceso curativo tiene lugar fuera del paciente: en el terapeuta.

[1] En 1924 —*Pérdida de realidad en neurosis y psicosis*— Freud reconoce un proceso análogo en neurosis y psicosis en cuanto a esos dos momentos..." O dicho de otro modo, la neurosis no niega la realidad, se limita a no querer saber nada de ella. La psicosis la niega e intenta sustituirla... consiguiéndolo por medio de la alucinación. "En la neurosis esto es facilitado por la existencia del mundo de la fantasía".

La concepción de las psicosis en la teoría de Donald Winnicott

Alicia Levín

Las ideas de Winnicott acerca de las psicosis son tributarias de una lógica que tiene como axiomas dos conceptos, la tendencia potencial a la maduración y lo que este autor denomina medio ambiente facilitador, a lo que se agrega un parámetro temporal que es la noción de proceso.

Con respecto a la tendencia a la maduración, Winnicott nombra a la necesidad como el potencial creador del niño, pues ésta produce una preparación a la alucinación, en el sentido winnicottiano de ilusión.

Por el lado del medio circundante facilitador hay que entender a la madre durante el período en que se preocupa del cuidado del pequeño, lo que llama provisión maternal primaria, función que se ejerce según el autor por el rasgo esencial de la devoción, entendiéndose ésta despojada de contenido sentimental y acercándose quizás más al sentido religioso de ser "devota de" para describir un estado de consagración a alguna deidad (su bebé). Esto implica una adaptación sensible de la madre a las necesidades del niño, necesidades que al principio son absolutas, este cuidado continuo permite la continuidad del crecimiento emocional y se realiza por medio del amor y la íntima identificación de la madre por su pequeño al hacer conciente la necesidad del niño y aportar en el momento propicio y lugar indicado los suministros de que dispone.

El niño es protegido, acunado, nombrado a través de una función que Winnicott denomina *holding* (sostenimiento), *handling* (manipuleo) y la presentación del objeto.

El autor describe una compleja dialéctica entre estos elementos, que se desarrollan dentro de un proceso. Este proceso participa de las características del desarrollo lineal que parte de una etapa de dependencia absoluta para más tarde arribar (si todo va bien) a un estado de independencia que implica la adultez y el estado de salud mental.

El primer emergente de dicha dialéctica entre la madre y el niño es la creación de un espacio denominado de ilusión. Winnicott llama momento de ilusión a la posibilidad de una experiencia que el niño puede considerar tanto una alucinación suya como una cosa que pertenece a una realidad exterior, es decir que gracias a una adaptación casi del 100% por parte de la madre al bebé le permite crearse la ilusión de que su pecho es parte de él, parece estar bajo el dominio mágico; en este momento la omnipotencia es un hecho de la experiencia, la tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual, pero no lo logrará si al principio no le ofreció suficientemente oportunidades de ilusión, en otras palabras, el bebé crea el pecho una y otra vez a partir de su capacidad de amor, de su necesidad, la madre coloca el pecho en el lugar en que el bebé está pronto para crear y en el momento oportuno.

Al sujeto le preocupa desde su nacimiento el problema de la relación entre lo que percibe en forma objetiva y lo que se concibe de modo subjetivo, la zona intermedia a que nos referimos es la que se ofrece al bebé entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de la realidad. Los fenómenos transicionales representan las primeras etapas del uso de la ilusión, sin las cuales no tiene sentido para el ser humano la idea de la relación con un objeto que otros perciben como exterior a este ser.

En los primeros momentos se presenta la madre, le ofrece su pecho y su ansia potencial de alimentarlo. Cuando su adaptación a las necesidades del bebé es lo bastante buena, produce en éste la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia necesidad de crear, es decir, hay una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto. Sólo percibe el pecho en la medida en que es posible crear uno en ese momento y lugar, no hay intercambio entre él y la madre, el bebé se alimenta de un pecho que par-

te de él y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella.

La zona de ilusión, lugar del objeto y los fenómenos transicionales, delimita el territorio neutral de experiencia que no será atacada. La tarea principal de la madre, además de ofrecer la oportunidad para una ilusión, consiste en desilusionarlo. Esto es previo a la tarea del destete. Si las cosas salen bien en ese proceso de desilusión gradual, queda preparado para las frustraciones que reunimos bajo la denominación del destete. Si la ilusión-desilusión toman un camino equivocado, el bebé no puede recibir algo tan normal como el destete. La simple alimentación suspendida no es un destete (...).

En la infancia la zona intermedia es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo, para todo ello es esencial la continuidad en el tiempo del ambiente emocional exterior y de determinados elementos del medio físico tales como el o los objetos transicionales.

Si un adulto nos exige nuestra aceptación de la objetividad de sus fenómenos subjetivos, diagnosticaremos locura, pero si se las arregla paa disfrutar de su zona intermedia sin presentar exigencias, podemos reconocer nuestras correspondientes zonas intermedias y nos complacemos en encontrar cierta medida de superposición, es decir, de experiencia en común entre los miembros de un grupo de arte, religión o filosofía.

Lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado. De ahí la inutilidad de la pregunta: ¿Concebiste vos esto o te fue presentado desde afuera?

La noción de continuidad es inseparable de los fenómenos transicionales cuando la ausencia de la madre provoca en el bebé una experiencia de privación que supera cierto umbral, la capacidad que tiene el niño de remediar esas ausencias utilizando el símbolo de la unión se vuelve inoperante.

Se produce entonces un corte irreversible que acarrea el desencadenamiento de toda una serie de mecanismos de defensa destinados a proteger contra la repetición de la angustia impensable. Esta experiencia se parece a la locura, es decir, fractura de todo lo que puede existir por entonces en materia de continuidad de experiencia personal. La noción de medio circundante facilitador o "suficientemente bueno" implica que el sentimiento de ser nunca sea roto.

Gracias a este medio circundante facilitador se produce la

integración progresiva, paulatina del individuo, partiendo desde su dependencia absoluta inicial.

Del mismo modo una adaptación demasiado estrecha y prolongada de la madre amenaza con impedir la maduración del niño.

El objeto transicional es el signo tangible de ese campo de experiencia denominado espacio transicional, ese objeto que aparece en el niño a los 8, 10 ó 12 meses y que es la primera posesión no-yo como emergente de la primitiva indiferenciación del niño y que se expresa en el recién nacido por el uso del puño, los dedos, los pulgares para estimular la zona erógena oral. Es al cabo de un tiempo arriba citado que los bebés se aficionan a algún objeto especial, pero este objeto es apenas un objeto, la pelusa, la punta de las sábanas, el osito.

Pero este objeto insignificante se convierte en cosa de vida o muerte, cobra un valor imprescindible para el chico; ante cualquier emergencia de angustia se recurre a él, es indispensable para dormirse; su falta, o cualquier cambio producido sobre él constituye una catástrofe que provoca en el niño una "interrupción de la experiencia continua de existir"; en cambio se aceptan los cambios que sobre él marcan el paso del tiempo y el uso.

Lo esencial que Winnicott recalca es que este objeto no forma parte del cuerpo del niño ni de la madre, aunque funciona como una parte inseparable del cuerpo del niño y el está siempre prendido, agarrado al objeto.

Primero el niño anida en el útero, luego en los brazos; al separarse de la madre se desprende de entre ellos el objeto y allí se localiza "entre el niño y la madre", no consuela frenta a la falta de la madre pero calma la angustia, el objeto transicional habrá de llegar a ser más importante que la madre. Aparece antes del destete. Es un objeto por así decirlo que "está siempre al alcance de la mano".

Winnicott dice al respecto: "Creo que durante el período en que el bebé utiliza objetos transicionales se procesan otras transiciones. Por ejemplo, la que corresponde a las capacidades en desarrollo del niño, su creciente coordinación y el paulatino enriquecimiento de su sensibilidad. El sentido del olfato está entonces en su apogeo y probablemente nunca en la vida alcance otra vez esa intensidad, excepto quizás en el curso de episodios psicóticos. También la textura tiene el mayor significado que jamás pueda alcanzar, y lo seco, lo húmedo y también lo frío y lo cálido poseen un significado tremendo.

Y continúa: "A menudo cuando hay un neto objeto transicional desde época temprana, este persiste aunque el niño de hecho se aplique en mayor medida a nuevos objetos, menos importantes; tal vez en momentos de gran congoja, tristeza o deprivación vuelva al objeto original o al pulgar, o pierda por completo la capacidad de utilizar símbolos y sustitutos".

El objeto transicional puede ser:
1) Suplantado pero conservado.
2) Gastado.
3) Entregado (lo cual no resulta satisfactorio).
4) Conservado por la madre como reliquia de una preciosa época de la vida.

Es importante señalar que el objeto transicional no es significativo por ser una cosa, sino que lo característico de su cosidad consiste en ayudar al niño a tolerar una realidad interna que crece y evoluciona, lo ayuda a discriminarse.

Más que el objeto usado es el uso del objeto.

El concepto de objeto transicional ayudó al pensamiento psicoanalítico a descubrir de qué modo la cultura, con todo su vocabulario de símbolos, puede ayudar al individuo a encontrarse.

El bebé se arroga derechos sobre el objeto transicional. El objeto no debe cambiar nunca, a menos que el bebé lo modifique. Algo para destacar que más tarde se relacionará con la psicopatología es que el objeto debe sobrevivir al amor instintivo, al odio, a la pura agresión.

El objeto tiende a descatectizarse gradualmente, de modo que con el correr de los años no se olvida, sino que se lo relega al limbo de los juguetes. No hay olvido ni duelo por el objeto.

El concepto de individuo sano

Winnicott sostiene que la salud es la madurez correspondiente a la edad del individuo, la tendencia a la maduración forma parte de lo heredado y el desarrollo depende de la existencia de un medio circundante suficientemente bueno (que es aquel capaz de facilitar las tendencias naturales al desarrollo del individuo).

El trauma significa una ruptura en la continuidad de la existencia del individuo, en la medida en que sólo sobre una continuidad de la existencia pueden finalmente el sentimiento

de sí, de lo real y el sentimiento de ser establecerse como rasgos de la personalidad individual. Existe un doble proceso en el cual el niño pequeño vive en un mundo subjetivo y la madre se adapta a fin de darle a su hijo una dosis necesaria de "experiencia de omnipotencia".

La función paterna para Winnicott es contribuir a completar las funciones de la madre y la función de la familia, es introducir el principio de realidad a medida que el niño crece.

Lo esencial, dice Winnicott, es que el hombre o la mujer sientan vivir su propia vida y asumir la responsabilidad de su acción o inacción, que se sientan capaces de atribuirse el mérito de un éxito y la responsabilidad de un fracaso, es decir el individuo que ha salido de la dependencia para entrar en la independencia o la autonomía.

En resumen: "En un medio circundante que "cuida" al bebé suficientemente bien, el bebé es capaz de llevar a cabo un desarrollo personal en función de las tendencias heredadas, de lo cual resulta una continuidad de la existencia que termina por convertirse en un sentimiento de existir, en un sentimiento de sí y que remata en fin de cuentas en la autonomía".

En la vida adulta gozamos de la integración cuando se admite también la desintegración y el sufrimiento a ella asociado como ocurre en la relajación y el sueño, tanto más cuando a la relajación va unida la creatividad; en efecto, gracias al estado de no integración aparece y reaparece el impulso creador. Una defensa organizada contra la desintegración priva al individuo de las condiciones necesarias para el impulso creador y le impide por consiguiente vivir de manera creadora.

Winnicott asegura además que para el logro de la salud mental el individuo necesita cumplir con otra tarea: lograr la unidad psicosomática, esto implica la utilización del cuerpo y todas sus funciones.

En cuanto a las relaciones de objeto, la salud se define por un proceso de vaivén entre la relación con los objetos externos y con los objetos "internos", por consiguiente el mundo interior de la persona sana se vincula con el mundo exterior o real sin dejar de ser personal e íntimo.

El concepto de enfermedad

Winnicott considera como hemos visto que un desarrollo idealmente adecuado culmina con un estado de integración del

individuo, cuya expresión subjetiva se manifiesta por la adquisición de un sentimiento de sí, de continuidad en la experiencia, del sentimiento de lo real. De ahí que el yo-soy es contemporáneo de un aspecto positivo de existir, y el "estoy solo" implicará la percepción de la existencia ininterrumpida de la madre, de la que uno se puede fiar, sin riesgo de perderla, para gozar de la soledad, gozar aquí es sinónimo de jugar.

Vemos que lo esencial en la ideas desarrolladas hasta el momento es que el medio circundante, es decir primordialmente la madre, sea quien se adapte a las necesidades del bebé, expresadas en los gestos espontáneos de éste. Cuando esta relación falla, es decir, cuando la provisión materna es sentida como un ataque al núcleo del ser, el bebé recurre a sustituir la protección que le falta por una fabricada por él, es una cáscara a expensas de la cual crece y se desarrolla el self del sujeto.

Si bien en un primer momento el sentido que Winnicott le dio al falso self estaba relacionado con la psicopatología, gradualmente este punto de vista fue cambiando. Existiría un sometimiento del self verdadero al gesto de la madre, más tarde Winnicott propuso entonces una graduación de matices en la que el falso self estaría siempre presente aunque con distintos niveles de implicación patológica.

Decimos entonces que el centro de gravedad del self es la unidad medio ambiente-individuo, y que paulatinamente se va a ir creando un mundo externo, un no-yo y una posible membrana entre mundo interno y mundo externo, gradual y lentamente.

Winnicott sostiene que en toda persona hay una organización que denomina falso self que protege al verdadero, o bien a la intimidad del sujeto. En los dos extremos encontramos por un lado el falso self de la cortesía, que es el de la salud; que se haya representado por la organización social y buena educación (por no llevar el corazón en la mano), a diferencia del otro extremo en el que se establece el falso self pero como verdadero, es decir no dejando lugar al verdadero. Estos son los pacientes en los que tarde o temprano se detectan rupturas psicóticas.

En el falso self el bebé es madre de sí mismo, es decir, es reactivo y no espontáneo dando lugar a una escisión de la personalidad, en el caso extremo, se instituye una vida interior, secreta, que contiene muy poco proveniente de la realidad externa y esta se hace entonces incomunicable; si esto se da así, el individuo puede entonces configurar una vida falsa y los instintos entonces se ponen de parte del medio.

Este falso self puede ser satisfactorio al observador desprevenido, aunque la esquizofrenia está latente y en cualquier momento puede aparecer.

El falso self desarrollado sobre la base del sometimiento no puede alcanzar la independencia de la madurez y se expresa fenomenológicamente por un sentimiento de futilidad, que domina a los pacientes, como si toda experiencia estuviera atravesada por una vivencia de inconsistencia, de no compromiso o de extraña exterioridad. Un vivir sin existir.

La disociación recae a veces sobre la separación entre el soma y la psique, esto se hace evidente en las estructuras psicosomáticas. En estos casos, la psique se convierte en el lugar del falso self, separado de sus experiencias corporales viene a catectizar y habitar.

De ahí la amputación del sentimiento de existir; Winnicott ve en ello la expresión de una defensa contra la parte enferma de la madre, que procura enfermar al niño.

Trabajar esta defensa exige que se propongan modificaciones a la técnica psicoanalítica.

Ahora bien, una adaptación del medio nunca se hace en forma perfecta, el vacío entre una adaptación incompleta y otra completa es afrontado por los procesos intelectuales del individuo, a través de los cuales se van teniendo en cuenta los fracasos del medio, comprendiéndolos, tolerándolos y previniéndolos.

La comprensión intelectual convierte a la adaptación insuficente en adaptación suficiente. El individuo se encuentra mucho mejor cuando el medio se comporta con firmeza, pues, debido a su imprevisibilidad la adaptación variable es traumática y anula el buen efecto de los ramalazos ocasionales de adaptación extremadamente sensibles.

Donde haya una capacidad intelectual restringida, la capacidad del pequeño para convertir una adaptación ambiental insuficente en otra suficiente se ve disminuida, con el resultado de que ciertas psicosis son más comunes en los deficientes mentales que en otros. Inversamente una inteligencia excepcional puede permitir al pequeño tener en cuenta un serio fallo de la adaptación a la necesidad, pero en tal caso puede haber una prostitución de la actividad mental, de tal manera que clínicamente encontramos una hipertrofia de los procesos intelectuales relacionada con un derrumbre esquizofrénico en potencia.

La personalidad no comienza como algo completo desde el punto de vista del pequeño, la unidad de la psique se convierte

en un hecho al principio sólo ocasionalmente y más adelante se logrará en un prolongado período de tiempo. La psique individual se aloja en el cuerpo en forma gradual, en el momento en que los núcleos del yo se comienzan a integrar se produce un fenómeno paranoico, un estado temporal de persecución. El exterior es vivido así como peligroso pero los perseguidores externos quedan neutralizados por la existencia del cuidado amoroso materno lo que le permite soportar el aislamiento primario del bebé.

Pero si este suministro materno falla se establecen como defensa de la terrible angustia paranoide una introversión patológica, es decir, el niño vive permanentemente dentro de su propio mundo interior que no está firmemente organizado, y por lo tanto la persecución externa es mantenida a raya mediante la no consecución de un estado de unidad, por lo que el bebé se instala en un mundo desorganizado, a la deriva.

Es decir, entonces, que es la madre quien para Winnicott instala las bases de la salud mental y que los trastornos de la naturaleza psicótica tienen su origen en los retrasos y las deformaciones, las regresiones y confusiones de las primeras fases del crecimiento de la organización medio-individuo.

El miedo al derrumbe

Winnicott dice que el miedo al derrumbe es un rasgo significativo en algunos de los pacientes pero no en otros. La conclusión que se puede extraer es que esto se vincula con la experiencia previa del individuo y con factores ambientales aleatorios. Más aún, plantea que los errores y las fallas del analista pueden desencadenar el miedo al derrumbe.

Winnicott denomina derrumbe para describir un estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas, pertenece al ámbito de los fenómenos psicóticos y lo que se aprecia es en realidad el derrumbe del establecimiento del self unitario.

El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada, pero nada puede hacer contra la falla ambiental. En la esquizofrenia el avance del desarrollo se ve interrumpido y obligado a un movimiento retrógrado hacia la etapa de dependencia absoluta donde no había reconocimiento yo-no yo.

Winnicott denomina agonía primitiva a diferencia de angus-

tia, para enfatizar la intensidad de las vivencias en juego en las psicosis.

Enumera tales como:

1. Retorno a un estado de inicio de integración (estado paranoide o persecutorio).
2. Caer para siempre.
3. Pérdida de la relación psicosomática.
4. Pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos.

Pero Winnicott describe que lo que se ve en la clínica es siempre una organización defensiva, aun en el autismo de la esquizofrenia, la enfermedad psicótica es para él una organización defensiva relacionada con una agonía primitiva y que habitualmente logra su propósito.

Por ejemplo en el inicio del estado de integración, cuando predomina una intensa vivencia paranoide, la defensa a la que se acude es una vuelta al estado anterior que es de desintegración en el cual dicha vivencia se calma.

Otro ejemplo es el autismo infantil, cuando hay una pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos, dicho autismo es una organización de defensa altamente sofisticada para lograr una vivencia de invulnerabilidad, pues en el autismo es el medio y no el niño el que sufre.

El niño lleva consigo la memoria del recuerdo perdido de una angustia impensable, la enfermedad es una estructura mental compleja que lo asegura contra el retorno de las condiciones de la angustia impensable.

La hipótesis central consiste en que el temor clínico al derrumbe es el temor a un derrumbe que ya se ha experimentado, es un temor al padecimiento original que dio lugar a la organización defensiva que el paciente manifiesta como síndrome patológico. ¿Por qué preocuparse por algo que ya sucedió? Podríamos decir que la experiencia original de padecimiento primitivo no puede pasar a pertenecer al tiempo pretérito a menos que el yo lo incorpore primero a su propia experiencia presente y al control actual.

Dice Winnicott: A menos que el terapeuta pueda trabajar eficazmente sobre la base de que ese detalle ya es un hecho consumado, el paciente seguirá sintiendo temor a encontrar lo que busca compulsivamente en el futuro. Si es posible esta tarea queda abierto el camino para que el padecimiento se experimente en la transferencia como reacción a las fallas del ana-

lista. El paciente traslada poco a poco la falla original del medio facilitador al área de la transferencia. El propósito en este término temor al derrumbe es llamar la atención sobre la posibilidad de que el derrumbe ya se ha producido al comienzo de la vida, el paciente necesita recordarlo pero no es posible recordar algo que aún no ha sucedido, que aún no ha tenido lugar porque el paciente no estaba ahí para que esto sucediera.

En algunos casos de psicosis, lo que vemos es la rotura de defensas, cabe que se instauren nuevas defensas cuya índole sean aún más primitivas pero lo cierto es que en el cuadro clínico vemos la rotura de las defensas, cuando menos temporalmente, es lo que Winnicott llama "colapso mental", donde el paciente necesita ser cuidado hasta que se organicen nuevas defensas. Detrás de todo colapso hay en teoría un estado de caos, aunque un colapso total debe ser poco frecuente clínicamente hablando ya que indicaría un alejamiento irreversible del crecimiento personal en dirección a la fragmentación. En este sentido Winnicott aclara que el factor ambiental no es un trauma sino una "pauta de influencia deformadora".

Como ya dijimos el miedo al derrumbe que el paciente teme ya tuvo lugar y se halla en forma inconsciente (inconsciente significa aquí que la integración yoica no es capaz de abarcar algo).

Si el paciente "toca fondo", es decir, si lo temido es experienciado el análisis puede funcionar muy bien. Es decir una de las posibilidades para el paciente consiste en sufrir un derrumbe (físico o psíquico) y la resolución no resultará satisfactoria si no incluye la comprensión analítica del paciente. Entonces esto pasa a ser un asunto de aquí y ahora y es experienciado por el paciente por primera vez. Es este el equivalente de recordar y corresponde al levantamiento de la represión en el neurótico.

El miedo al derrumbe es comparable al miedo a la muerte, a la muerte en el sentido de la búsqueda compulsiva de ella, ya que cuando sucedió no fue experimentada. Muerte aquí se utiliza en el sentido de aniquilación.

El vacío es un estado que el paciente intenta experienciar, un estado de pasado que no puede recordarse a menos que sea experienciado por primera vez. El paciente tiene terror ante el carácter atroz de ese vacío, y a manera de defensa organiza un vacío controlado, no comiendo o no aprendiendo, o bien se llena cruelmente con una avidez compulsiva que lo hace sentirse loco. Si es capaz de alcanzar el vacío mismo y tolerarlo gracias a su dependencia del yo auxiliar del analista, puede iniciarse

la incorporación como función placentera, puede entonces comenzar un comer que no es una función disociada.

La base de todo aprendizaje es el vacío, pero si éste no fue experimentado como tal al comienzo, se convierte en un estado temido, aunque perseguido compulsivamente.

Igualmente el sentimiento de no existencia es una defensa en la que el sujeto intenta proyectar todo lo que pudiera ser personal. Puede tratarse de una defensa relativamente compleja, cuya finalidad es evitar la responsabilidad (en la posición depresiva) o la persecución (en lo que Winnicott llama la etapa de autoafirmación - yo soy, con el corolario inherente - yo repudio todo lo que sea distinto de mí). Cabe sostener que sólo a partir de la no existencia la existencia puede comenzar.

Winnicott plantea que la represión es propia de las neurosis, así como la escisión de la personalidad es propia de las psicosis.

Las psicosis tienen que ver con fases anteriores al complejo de Edipo, en los casos extremos éste no ha advenido, por supuesto que se pueden encontrar casos mixtos en el que ambos componentes están mezclados.

Resumiendo: dejando de lado las neurosis, el resto de las enfermedades mentales obedecen a alteraciones de la evolución de la personalidad en la primera infancia, debidas al fracaso de la provisión ambiental en su función de posibilitar los procesos de maduración del individuo.

En cuanto a la clasificación de las enfermedades mentales, dice Winnicott que sería muy sencillo tomar los dos extremos y colocar las neurosis en uno y la esquizofrenia en el otro, pero no lo puede hacer pues entre ambos extremos se abre el vasto campo de la depresión, pues los puntos de origen de la depresión se hallan ubicados entre las neurosis y la esquizofrenia.

La diferenciación no está bien delimitada ya que existen áreas de superposición, además Winnicott establece una relación entre la depresión y algo que en esencia es saludable; la capacidad para sentir aflicción y la capacidad para sentir inquietud. Por lo tanto la depresión abarca una gama que va desde lo casi normal a lo casi psicótico. En el extremo normal de las depresiones se encuentran las enfermedades depresivas que implican madurez en el individuo, así como un grado de integración del ser, es lo que Winnicott denomina depresión reactiva, se diferencia del duelo normal en que en esta existe un mayor grado de depresión y los procesos tienen lugar a un nivel más inconsciente.

En el otro extremo se halla la depresión psicótica en la que existen rasgos afines con la esquizofrenia. Puede haber en ésta cierto grado de despersonalización o de sentimiento de irrealidad, la pérdida es de tipo más confuso que en la depresión reactiva y se deriva de una falta más precoz del desarrollo del individuo. A este tipo de depresión Winnicott la denomina depresión esquizoide, en los casos extremos el cuadro clínico es parecido a la esquizofrenia y no es posible indicar una línea de demarcación neta.

La diferencia discernible se da entre una manifestación neurótica y una enfermedad psicótica.

Con respecto a la paranoia y los elementos persecutorios susceptibles de complicar la depresión cuando se halla dentro de la personalidad provocan un estado de hipocondría. La paranoia no constituye una enfermedad por sí misma sino que se trata de una complicación o bien de la depresión o de la esquizofrenia. Winnicott dice que tal vez exista un origen más profundo de la paranoia que está asociado al proceso de integración y a la instauración de un ser unitario: yo soy.

En la esquizofrenia predomina como habíamos dicho el falso self, un ser adaptado a lo que se espera de los diversos estratos del medio ambiente, el extremo patológico de este estado es aquel en el que el individuo termina por destruir el ser falso tratando entonces de reafirmar el ser verdadero, si bien esto puede no ser compatible con el hecho de vivir en el mundo. A menudo el colapso mental es un indicio de salud por cuanto implica que el individuo goza de la capacidad de aprovechar el medio ambiente puesto a su alcance, con el fin de recomenzar una existencia sobre la sensación de ser real. Por supuesto esto no sale bien en todas las ocasiones.

Queda todavía otro cuadro: La psicopatía; por supuesto, ésta también tiene relación con la inmadurez del individuo ligada probabablemente con deformaciones debidas al intento hecho por el individuo para aprovechar el medio ambiente con miras a la autocuración.

En relación a la dependencia también existen dos extremos y una zona intermedia. En un extremo, donde la dependencia es satisfecha adecuadamente, el niño logra buenas relaciones interpersonales con personas completas, el trastorno se mide por la rigidez de las defensas y ubicamos aquí a las neurosis; en el otro extremo, ubicamos a las psicosis, en la medida en que etiológicamente están ligadas a la falla ambiental, es decir

con el fallo del medio ambiente en su función de posibilitar la maduración en la fase de doble dependencia. El término doble dependencia implica que la provisión ambiental escapó a la percepción y comprensión del niño, en este contexto al fallo se lo denomina privación.

En la zona intermedia se encuentra el fallo o fracaso por encima del éxito, fallo que en el momento de producido fue percibido como tal por el niño. El niño contó, en ese momento, con una provisión ambiental satisfactoria que luego cesó. La continuidad existencial propia del hecho de saber que existía tal provisión se vio sustituida por una reacción ante el fallo del medio ambiente y esto interrumpió el sentimiento de continuidad existencial. Este estado recibe el nombre de pérdida, este es, según Winnicott, el punto de origen de la tendencia antisocial. Aparece cuando el sujeto empieza a sentirse esperanzado pues trata de corregir la falla del medio, irónicamente en ese momento se lo tacha de mal ajustado. Cuando las tendencias se han endurecido y el desengaño es total, el niño va en camino de convertirse en psicópata, especializado en la violencia, o en el robo, los beneficios secundarios terminan por fijar la situación.

Aspectos técnicos (el odio en la contratransferencia)

El analista no debe negar el odio que realmente existe en él mismo. El odio que está justificado en el marco existente debe ser separado y mantenido en reserva, disponible para una eventual interpretación.

Para poder analizar pacientes psicóticos debemos haber llegado a lo más primitivo de nosotros mismos, esto está relacionado con el análisis del analista. El analista debe mantener la objetividad ante todo lo que le presente el paciente. Un caso especial es la necesidad del analista de poder odiar objetivamente al paciente. El analista debe asumir sus propios temores y odios, se halla en la situación de una madre de un recién nacido. Por lo general el odio del analista es latente y lo más probable es que siga siéndolo, en ciertas etapas de los análisis de psicóticos el paciente llega a buscar efectivamente el odio del analista, y lo que necesita es un odio objetivo y... debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo.

Winnicott dice que la madre odia al bebé antes de que éste la odie a ella y antes que el bebé pueda saber que su madre lo

odia. Se necesita un cierto grado de integración para odiar, la madre en cambio odia a su pequeño desde el comienzo, y como en el analista de psicóticos es deseable una situación comparable a la de una madre de un recién nacido, es decir debe tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto; esto es necesario para ayudar al paciente a tolerar su odio con el analista. Winnicott dice que un análisis es incompleto si sobre el final no le es posible decirle a su paciente el odio que le despertaba cuando estaba enfermo.

Para ir finalizando abordaré el tema de Winnicott en relación a los diversos tratamientos psicoanalíticos. Incluye tres clases diferentes:

El primero se refiere a aquellos pacientes que Winnicott denomina personas completas, es decir que se han podido individualizar y diferenciar, cuyas dificultades corresponden al reino de las relaciones interpersonales, junto con las fantasías conscientes e inconscientes que enriquecen y complican estas relaciones. La técnica para estos pacientes, es propia del psicoanálisis tal como se desarrolló en manos de Freud.

En segundo lugar tenemos a los pacientes cuya personalidad recién comienza a ser completa, es decir donde existe la unión del amor y el odio y cierto reconocimiento de la dependencia. Es el análisis de lo conocido como posición depresiva. La técnica no difiere de la nombrada anteriormente.

Por último y en el tercer grupo coloca Winnicott a los pacientes cuyos análisis deben enfrentarse con las primeras fases del desarrollo emocional, antes de la instauración de la personalidad como unidad, en donde es indispensable crear los medios para una profunda regresión a la situación de máxima dependencia.

En el estado más primitivo, que puede ser retenido en la enfermedad y hacia el que puede llevar la regresión, el objeto se comporta con arreglo a las leyes mágicas, es decir, existe cuando se desea, se acerca cuando se acercan, etc.

En los tratamientos de pacientes psicóticos deberán efectuarse ajustes de determinadas normas del encuadre analítico, facilitando la regresión a la dependencia primitiva y el sostén adecuado durante ese período de regresión extrema, siendo el analista el cuidador del verdadero self.

En un trabajo de 1954 Winnicott dice que regresión es contrario a progreso y para que se produzca la inversión de este progreso en el individuo debe haber una organización que per-

mite la regresión.

Vemos entonces en las psicosis:

1. Un fracaso en la adaptación por parte del medio ambiente que produjo el falso self.
2. Capacidad de regresión.
3. Un medio ambiente especializado (marco psicoanalítico).
4. Un nuevo desarrollo emocional hacia adelante.

Para Winnicott la regresión es parte de un proceso curativo, ocupándose entonces no sólo de la fijación a puntos buenos y malos en las experiencias instintivas del individuo, sino de la regresión a puntos buenos y malos en la adaptación ambiental, a las necesidades del yo y del ello en la instancia del individuo.

El marco del análisis invita a la regresión por su confiabilidad, Winnicott enumera a modo de secuencia los siguientes acontecimientos que se registran en el análisis de psicóticos:

1. Provisión de un marco que inspire confianza.
2. Regresión del paciente al estado de dependencia, con la debida sensación de riesgo.
3. Detección del contraste entre falso self y verdadero self.
4. Descongelación de la situación de fracaso ambiental precoz.
5. Sentimiento de ira acerca de la situación ambiental precoz pero sentida en el aquí y ahora.
6. Retorno de la regresión a la dependencia.
7. Estas secuencias se repiten una y otra vez.

Winnicott ejemplifica: Un paciente se acurruca en el diván, descansa la cabeza sobre la mano y parece estar cómodo. La manta está por encima de la cabeza. El paciente está solo, y si bien estamos acostumbrados a todo tipo de replegamiento, el analista debe ser capaz de reconocer en este replegamiento regresivo en el que se es utilizado de manera primitiva y positiva. Si el paciente se babea, moja el diván o se ensucia, obviamente la interpretación está demás, las palabras pueden echar a perder este proceso.

De ahí que estos tratamientos presentan serias dificultades para el analista, para sobrevivir, permanecer, callar o jugar.

La angustia psicótica cuya sustancia es la imagen del derrumbe, de caer para siempre, de estallido, puede ser conjurada por una madre con un holding adecuado. El proceso analítico de estos pacientes consiste en que tras un largo período durante el cual tenemos el interlocutor cambiado y hablamos con

el falso self del verdadero, sin alcanzar a éste, el paciente entonces inicia una regresión ordenada, porque la enfermedad es ordenada, es una organización compleja que preside la regresión, hasta la falla ambiental congelada. En un principio esta regresión está vigilada por el falso self.

En los pacientes psicóticos los inicios son muy penosos porque el paciente a diferencia del bebé que no está integrado naturalmente, llega a percibir el riesgo de desestructuración; de ahí que la regresión a la dependencia pueda exigir de cuidados especiales.

La regresión lleva consigo la esperanza de una nueva oportunidad de descongelar la situación congelada, así como para que el medio ambiente actual realice una adaptación adecuada aunque tardía. Todos conocemos innumerables situaciones de fracaso ambiental que son alcanzadas y descongeladas por diversos fenómenos curativos de la vida corriente, como son las amistades, la poesía, los cuidados durante la enfermedad física, el arte, las inquietudes culturales.

Por último cito a Pontalis: "Psicosis en Winnicott sería una equivocación entendida como desmoronamiento, es una organización defensiva vinculada a una agonía primitiva, agonía impensable, cuyas modalidades como el quebrar con el cuerpo, perder el sentido de lo real, sensación de no dejar de caer, etc., agonía contra la que se construyó una tentativa de estructuración, agonía que evoca una brecha insalvable, esa doble imagen de fractura y caída contenida en el término breakdown, hoy ya tan deteriorado".

Bibliografía

Winnicott, Donald: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis,* Editorial Laia, Barcelona, 1958.
El Proceso de Maduración en el Niño, Editorial Laia, Barcelona, 1965.
El Gesto Espontáneo, Editorial Paidós, 1990.
Realidad y Juego, Editorial Gedisa, 1985.
Colección Lo Inconciente,
Editorial Trieb, 1978.
Exploraciones Psicoanalíticas I, Editorial Paidós, 1991, Buenos Aires.
Exploraciones Psicoanalíticas II,
Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991.

Algunas consideraciones sobre psicosis y Hospital de Día

María Cristina Khammar

Todos sabemos que lo que el psicoanálisis trata es la división del sujeto. Es decir que partimos de la premisa fundamental de que el sujeto es a constituirse. No hay sujeto en los comienzos y su constitución va a implicar una serie de operaciones lógicas en el campo del Otro, que van a dar por efecto un sujeto dividido por el significante, dividido por el objeto.

Es decir, operaciones lógicas de división que no siendo exactas dejan un resto, y que es la experiencia del psicoanálisis la que va a trabajar con ese resto, en tanto la neurosis es una manera de arreglárselas o de responder a esa división.

La experiencia freudiana (y esta es la enseñanza de Lacan) es la experiencia de la castración. Dicho de otro modo, es la experiencia de la relación del sujeto al Otro y la prueba del deseo es la prueba de la división del Otro.

Este descubrimiento que se hace en el primer tiempo de la infancia, también se hace en el análisis no sin la puesta en juego de la operación transferencia: deseo del analista, deseo de máxima diferencia que permitirá la instalación en el seno de dicha experiencia de la pregunta por el deseo. La superposición de dos faltas: falta en ser y falta en saber en el discurso del analista sitúan la posición del neurótico que es recurrir a un Otro que es supuesto poder responder y transmitir ese saber.

El neurótico (y por eso el dispositivo analítico le viene de perillas) es aquel que se propone como no sabiendo, como no sabiendo lo que sea, lo que quiere, lo que es, lo que ama, etc. y el analista le dejará como modo de tratar su división el lugar de S.s.s.

Ahora bien, no es para nada lo que ocurre en otras posiciones con respecto a la estructura, como por ejemplo: en las llamadas psicosis, en las neurosis graves y en otras.

Si decíamos que el dispositivo analítico es apropiado para la neurosis es en tanto el neurótico padece de preguntas. Podríamos decir que el *síntoma mismo neurótico, es una pregunta* y esto hace al desplazamiento del deseo (que hace que el deseo siempre sea deseo de otra cosa).

La pregunta del neurótico es inherente a su división, que a su vez divide entre un sujeto que no sabe y Otro que sabe.

¿Qué sabe sobre qué? La pregunta por el saber es una pregunta por el goce y esto lo encuentran fácilmente en la pregunta por el ser sexuado: ¿Soy hombre o soy mujer?

La pregunta por el goce es entonces una pregunta imposible, está en relación a lo traumático, a aquello no simbolizable del goce.

La situación del psicótico, por ejemplo, no es la misma, en tanto éste se mueve en la dimensión de la certeza. Es decir, él sabe, sabe lo que quiere en el orden del goce. Y tal conjunción entre saber y goce no carecerá de efectos. Efectos tales que sería mejor que no... que no supiera.

En la neurosis la respuesta a la pregunta es el fantasma. La vertiente masoquista que tanto sorprendió a Freud es sin embargo un recurso frente al trauma. Y es el modo que el neurótico tiene de defenderse de un Otro que supone que goza. Este recurso no está en la psicosis y por eso quedará entregado al goce del Otro.

Para un neurótico, por otra parte, el Otro es además un Otro del Amor, aquel que podría completar su ser. Por eso el neurótico es todo un religioso. Cree en el Otro. Esto tan claro en la neurosis obsesiva, por ejemplo en la histeria aparece bajo la figura de la pérdida de la fe.

En la psicosis tenemos otra cosa: la increencia. La increencia es relativa a la cuestión del no hay Otro de la ley. No al descubrimiento de la castración del Otro.

Como ven estamos tratando de situar algunas cuestiones en un orden comparativo; es un modo de ordenamiento, puede haber otros.

Entonces si el neurótico nos habla, es porque hace discurso, hace lazo social. Por su parte, el psicótico habla porque es sujeto de lenguaje, pero no nos habla. Está fuera de discurso, con lo cual, entonces si sabe, el dispositivo adecuado a la neurosis no es eficaz.

En este sentido, pensar un dispositivo para estas otras posiciones respecto a la estructura, como la psicosis, no podrá tratar con el retorno de lo reprimido, sino de hacer algo con ese retorno de lo real por el que el sujeto particular es tomado.

Es con las emergencias del goce con que hay que vérselas en estos casos y las consideraciones a hacer implican un trabajo sobre el goce tal que lo haga más soportable.

Más soportable de lo que estas mismas posiciones lo hacen por la propia. Quiero decir, que la paranoia, la esquizofrenia, la manía son modos diferentes con que el sujeto trata ese retorno de lo real.

Por ejemplo: la metáfora delirante que implica una construcción simbólica de suplencia y con ello el goce en exceso encuentra un sentido. Schreber inventa un orden, una ley, en el fantasma de procreación.

Pero sucede que no en todos los casos estos sujetos disponen de la capacidad inventiva delirante. En la clínica vemos la apelación a otras soluciones en el tratamiento espontáneo con ese real: sublimaciones creacionistas, la operación del escrito, la obra pictórica, etc.

Pero también los tan temidos pasajes al acto proporcionales a la falta de eficacia de la castración.

La locura, que no es propiedad de la psicosis (pero tiene sus mayores acciones) tiene su historia hecha por los que como algunos de nosotros se la plantearon como enigma.

¿Y qué hay de su tratamiento? Los tratamientos respondieron en sus comienzos a demandas de la cultura. Desde los recursos asilares hasta la creación de nuevas instancias, como los Hospitales de Día tradicionales, respuestas que estuvieron orientadas por un ideal (efecto de la cultura), la rehabilitación y la resocialización responden a una política del Bien útil, y esta es la demanda social que presiona al sujeto en el sentido de una alienación a esta demanda.

En esta línea, hay una imposibilidad lógica de que se consolide un decir propio del sujeto que nos consulta. En otras palabras, los pedidos que nos llegan, incluso mediatizados por la voz de la familia, están orientados a que intervengamos en el senti-

do de acallar los gritos que la locura propone, a que progresemos en su sofocación, con lo cual, de situarnos en estas coordenadas, el resultado sería el aplastamiento definitivo del sujeto.

La cuestión entonces se plantea en términos de pensar un dispositivo tal, que en primera instancia interprete esta demanda e intervenga procurando o, mejor dicho, facilitando una inversión tal, que se pase de la admisión de un paciente a la admisión de un decir que un sujeto pueda hacer sobre sus padecimientos —por más loco que parezca— apuntando a una particularización tal que implique a su vez una singularidad del tratamiento.

Para decirlo de otro modo: no existe un "Para todos los pacientes" que no implique como efecto de masa una cronificación de la locura.

Los Hospitales de Día, que en su mayoría encuentran un lugar propio dentro de instituciones mayores, pueden convertirse en dispositivos apropiados para subvertir el enunciado del Amo: La salud como el bien a donar y la norma de la virtud. Un Hospital de Día, pensado desde una lógica de la ética del bien decir, rechazará entonces toda moral dirigida a un universal que no admite castración alguna.

Un Hospital de Día es en primera instancia un nombre, luego un espacio.

Es un nombre que ofrece un lugar y un tiempo: coordenadas necesarias para la constitución de una escena donde un posible sujeto se aloje, se instale. Si hay escena, hay un Otro a quien llamar, a quien interrogar y hay un Otro que lo nombra, que lo cuenta.

Se trata de ofertar y que esta oferta esté comandada y sostenida por el deseo del analista, cuya ética apunta al bien decir, dando lugar a que algún deseo del sujeto se sostenga en un enigma. Desde la operación deseo del analista hasta la posibilidad de pensar un dispositivo tal, que, siendo distinto del de la neurosis, apunte en su intención a ninguna otra cosa que a la producción de un sujeto, con la consecuente pérdida de un goce, que le haga más soportable la vida a quien carga con la locura.

Este dispositivo puede implementar recursos en una diversidad de espacios ofrecidos que permitan el despliegue del decir psicótico, pero su direccionalidad es una y siempre la misma: la singularidad. Su trabajo ha de permitir la localización de algún objeto condensador de goce, capaz de ser producido por el sujeto, en un intento de que abandone ese lugar de ficha

del goce del Otro. Goce que siendo inexistente es en el cual este sujeto tan particular se encuentra atrapado.

Se sabe que estos espacios ofrecidos son algunos individuales y otros grupales: como los talleres, asambleas, grupos familiares. En esto quiero ser clara: no se trata ni de que ocupen el tiempo, ni de terapiarlos en el sentido de llenar de significaciones cuanta producción hagan, ni de hacer consistencia a un ideal de grupo.

En primera instancia se trata de que se articule alguna demanda en algunos de estos espacios. Ninguna de estas actividades sigue un rumbo propio. La dirección es una y en ella están implicados todos los miembros del equipo, aunque sea uno de ellos el que dirige la cura, lo cual obliga a una posición particular del equipo.

Si hay algo en lo que no quiero entrar es en generalizaciones, ya que como dije, cada sujeto es singular y es en este sentido que cada vez se trata de trabajar en el "qué hacer". En esta pregunta no sólo se cuestiona la implementación de estrategias sino de una posición teórica en la praxis de la transferencia.

En algunos casos la función del analista se reducirá a no obstaculizar el delirio y ofrecerse como testigo en tanto lugar vacío, donde el sujeto pueda alojarse. A veces de prestar sentido allí donde la ausencia de metáfora da por efecto la inconsistencia absoluta del Otro.

A veces de alentar o sostener un proyecto propio que surge como ocurrencia de uno de los espacios, y trabajar en esa orientación junto con el paciente. Sólo en estos términos entendemos la resocialización y la rehabilitación: es decir el sentido de un lazo social.

Como se ve, hay distintos tiempos en el tratamiento que van a implicar distintos tiempos de la construcción de un sujeto: desde la admisión, que es el momento en donde es en el Otro en quien se aloja, se nombra, se inscribe, pasando por la articulación de un decir propio, sin que esto constituya una ruptura del lazo, hasta el egreso, momento en que algo del orden de una separación se haga posible.

Estos tiempos de construcción del sujeto son precisamente los que en la psicosis se ven dificultados: el sujeto, el Otro, la demanda rechazada pero que aún así lo aliena.

Esto a su vez hay que pensarlo en relación a la transferencia, es decir qué lugar el psicótico le reserva al analista y cuidarse muy bien de no ocuparlo: el de la demanda del Otro.

En *L'Etourdit* cuando Lacan se refiere a la psicosis para hablar del lazo con el Otro cuando falta la significación fálica va a decir que es "un Otro sin sentido, insensato" y la interpretación delirante sería el intento del sujeto de suponer algún sentido, pero para suponer un Goce del Otro (no le supone saber). Es decir, ante la invasión de un Otro sin sentido el delirio interpreta el enigma del goce (en la neurosis se interpreta el enigma del deseo).

¿Qué quiere el Otro de él? Puede querer gozarlo hasta su abolición, su desaparición, su exterminio. Como cuando el interior del cuerpo de Schreber es invadido por el goce. Luego, en el mejor de los casos, la restitución delirante podrá localizar su goce. Por ejemplo, el empuje a la mujer.

No ha de ser este entonces el lugar a ocupar. Por eso antes decía que el deseo del analista como operación, sólo puede esperar algún decir. Algún decir del ser, cuando en silencio acalla los dichos y permite que ese decir deje hablar a la Cosa.

Les he prometido un ejemplo y voy a comentarles sucintamente un inicio de una cura en Hospital de Día, de un joven de 28 años, llamado Martín. Para transmitirles algo de lo que hoy estuvimos trabajando en otro registro. Este muchacho hasta los 6 o 7 años no habló. Sus padres considerando que era algo orgánico lo enviaron a neurólogos y fonoaudiólogos. Nada se consiguió hasta esta edad en la que de pronto empezó a hablar "y no paraba", se la pasaba "grabando a todos".

Por supuesto, además presentó muchos problemas en la escuela. Cuando este año consulta a Hospital de Día nuevamente el lenguaje estaba afectado después de una segunda internación. Se presenta con frases tales como "quemé un papel y no también".

Sus padres cuentan que a los 12 años llegó a trabajar en un negocio de ellos manejando la caja. Hasta allí, la familia no acusó recibo de mayores problemas (sic).

Los padres se separan cuando Martín tiene 13 años y según ellos esto es lo que "lo marca".

Dicen que allí comienza un proceso que la madre califica de "extravagancia, vestimenta rara y ponía los muebles patas para arriba".

A los 18 años desencadena un delirio paranoico pero la primera internación, es a los 23 años. Recién allí comienza a ser tratado con medicación. Sin embargo a los 21 hay un episodio en el que (cuenta la madre) hace explotar un auto. Por eso tie-

ne una causa penal en el Tribunal de Menores.

La primera internación es a los 23 años y el diagnóstico fue de esquizofrenia en debilidad ligera. Escuchando a la madre, resulta que no parece tener una idea clara de la enfermedad de su hijo. Fíjense que dice: "Pasó de ser malcriado a loquito".

Es el segundo hermano. La madre no quería tener hijos y el padre quería una nena.

Otras frases de Martín: "están rotas las palabras", "el yo está muerto", "parezco un robot", "soy precoz, sé todo".

Dice verdades de la estructura: la cadena significante está rota por la falta de metáfora. El sujeto está muerto, en tanto el sujeto vivo es el sujeto del deseo. Aquí los significantes empujan al goce. Lo de robot es porque el lenguaje está como máquina: hay sujeto de lenguaje. No hay discurso. No es este un caso que haya tratado yo directamente, pero está siendo trabajado en reuniones de equipo. La terapeuta le pregunta a Martín si lo puede ayudar y en qué, él responde: "Donde ver crecer".

Este significante "crecer" va a ser tomado por ella. Martín dice que de chico tenía un Rasti que su mamá le regaló. La madre agrega que está harta: "Me gustaría no tenerlo, no vivir con él".

Y Martín le pregunta: "¿Por qué me hiciste?"

Respecto de la infancia la madre comenta que Martín comía todo y no hablaba. Se queja que no se ocupa de su aseo personal y que el problema está en cortarle las uñas: "Dice que le saco algo".

Martín responde: "¿Por qué no me dan en lugar de sacarme?"

¿Podemos pensar aquí que se articula alguna demanda?

El padre es lituano.Vive en una provincia y es poco el contacto que pudo establecerse con él.

La consulta está centrada en demandas familiares confusas: de curación, de sacárselo de encima. Este último punto es interesante porque revela un fantasma incestuoso de la madre.

Ella refiere que está todo el día encima de ella y que "la toca". A lo que ella responde: "Ojo, que yo te hice".

Otra verdad enunciada por Martín: "Si ella no me hubiera hecho, ella hubiera tenido problemas con el propio cuerpo".

¿Es él el objeto del fantasma materno?

Martín dice a su terapeuta que tiene problemas con el yo, que se le perdió. ¿Donde está el yo? "En la basura —dice— hice un yo con otra persona, con mi mamá".

La terapeuta pregunta: ¿Dónde se recupera ese yo? El contesta: "Materializando". La materialización fue una experiencia que Martín vio en la India hacer a un gurú en un viaje que hizo con el padre. La terapeuta pregunta nuevamente a Martín ¿qué quiere? y él contesta: "Ver crecer".

En este caso particular (no es la mayoría) se está trabajando exclusivamente por el momento con la familia y el espacio individual, aún cuando el paciente circula por el Hospital de Día. La terapeuta ha pensado una estrategia que de comienzo implicó la inclusión de materiales con los que Martín podía construir, armar, desarmar y volver a construir.

Como efecto lo que en este momento ha empezado a construir son frases más hilvanadas y con algún sentido.

La necesidad de "tocar" que la ponía en juego con la madre, se ha visto desplazada en estos materiales, como una forma de encontrar un límite a su cuerpo, de diferenciarse.

La madre interpreta desde "su" fantasma incestuoso, pero tocar, chocar autitos es buscar el límite donde los cuerpos resisten y se diferencian. De lo contrario todo es confusión.

Vamos a dejar en este punto, donde lo que vemos es que este caso paradigmático de lo que comenzado por demandas familiares, se fue buscando algún decir del sujeto, para pasar a una demanda de él y a partir de aquí posibilitar un hacer con eso.

A manera de conclusión

"Gracias" es una reducción, por el uso, de un fórmula más extensa, algo así como "El Señor le conceda a Ud. las gracias (bienaventuranzas) que merece". Es un buen augurio, un anhelo para otro, como tal, rara avis.

El agradecimiento, dicen los kleinianos, requiere un largo trabajo.

A veces sin embargo se lo escucha aletear, casi inaudible, luego de haber atravesado alguna ciénaga que oscurece el bien decir, como un amanecer fugaz.

Cuando recupera su versión completa recupera también el lazo amoroso que lo sostiene.

Desde aquí todo agradecimiento tiene un trazo de confidencia.

Gracias a los alumnos que escucharon estas clases, insistieron en no caer en la complacencia fácil y preguntaron hasta hacer bordear el límite de la propia ignorancia, dando la posibilidad para el docente de seguir investigando.

Gracias a la enorme colaboración de Bernarda Pérez plena de ideas, de libros, de casettes, de películas, que llenaron de entusiasmo este intento de transmisión.

Gracias a todos los que apostaron con su propio deseo y mucho trabajo a que este libro sea lo que es: un proyecto de varios.

Los amigos: Jorge Lobov que me impulsó a encontrarme con mis ganas de escribir este libro, a Norberto Giarcovich que se

tomó el trabajo de leer todas mis clases y darme su opinión y sugerencias, a Etienne Gontard que desde su arte le puso forma a las ideas que le transmití. Hay una forma de continuidad que hace que cada uno se reconozca en una serie que lo precede. Por eso también mi reconocimiento a todos los que aún sin saberlo fueron mis maestros y a los que lo fueron a sabiendas.

Como conclusión este trabajo es mi forma de "gracias" a los psicóticos con quienes la repetición y el azar me cruzó en los centros de salud, en los hospicios, en mi consultorio.

Este libro es para ellos.

Lo leerán los analistas, los estudiantes, los interesados en el tema, a los que podrá —ojalá— servir para que su encuentro con el psicótico no sea inútil, y sacando el bote de la arena se pueda embarcar hacia algún puerto.

Intentamos que los locos salgan de ese lugar imposible y se pueda crear una ruta hacia ese lugar donde no se espere ya lo que nunca se tuvo, y entonces se inventen los caminos... Lo demás es la aventura, lo desconocido, lo imprevisible, como el camino que hoy emprende este texto en cada uno de sus lectores.

Aquí es cuando el autor deja de ser dueño de su obra y paradojalmente desea que los otros se lo apropien.

Elida E. Fernández

Etienne Gontard

Pintor argentino nacido en Buenos Aires. Tuvo como maestro a Ignacio Colombres en cuyo taller trabajó entre 1957 y 1962. Más tarde adquirió conocimientos de grabado con Eduardo Levy, técnica acrílica y composición con Kenneth Kemble. Desde 1970 visitó Europa en varias oportunidades y en los años ochenta, Estados Unidos. Trabajó en serigrafía incorporando esta técnica. En 1983 integra el Grupo Intercambio coordinado por Elena Oliveras al inicio y actualmente Raúl Vera Ocampo. En 1986 abre el Atelier Gontard con fines didácticos y de trabajo. En 1976 realiza su primera muestra individual en Galería Lirolay y continúa exponiendo regularmente hasta el presente. En 1987 realiza una muestra en el Museo de Arte Americano de Maldonado, Uruguay, y en 1989 en Quito, Ecuador. En agosto de 1992 expone retratos en la Institución Cultural Argentino-Germana.

Indice general

Prólogo a la segunda edición, *Héctor Yankelevich* 5

Prólogo a la primera edición, *Norberto Giarcovich* 8

Introducción, *Elida E. Fernández* 11

Programa de la materia "Las Psicosis" de 3er. año del Curso Prolongado de Posgrado de Psicoanálisis 1991/1992 - Centro de Salud Mental Nº 3 "Dr. A. Ameghino" 17

I. Diagnosticar las psicosis 23

Teórico I: Fenómenos elementales. De Clérambault. Puntuaciones freudianas. Lacan en el Seminario III, *Elida E. Fernández* 25

Teórico II: Schreber. Lo nodal de la castración. El falo. Metáfora paterna. Metáfora delirante. La forclusión. El desencadenamiento de la psicosis, *Elida E. Fernández* 36

Teórico III: La negación (Freud - Hegel). Bejahung primordial. Lo real y el sinthoma. Nudo borromeo. La caída del cuerpo. La ausencia de agresividad ante la intrusión del semejante, *Elida E. Fernández* 47

IV Reunión, *Elida E. Fernández* 60
Teórico V: Las sospechas del analista. Fachada pseudoneurótica en las psicosis. Prepsicosis. ¿Qué hacer con el delirio?, *Elida E. Fernández* 62
Las psicosis desde la observación psiquiátrica, *Pablo Maureso* 69
Escritura nodal y psicosis, *José Fernández Tuñón* 97
Homosexualidad, paranoia y amor del padre, *David Kreszes* 111

II. El sujeto en las psicosis 121

Teórico VI: El psicótico en relación a la cadena significante. Holofrase. Significante unario. Forclusión. Postulado pasional, *Elida E. Fernández* 123
Teórico VII: Confrontación al objeto como real goce. Imposibilidad del corte. Pasaje al acto. Delirio de negación de Cotard, *Elida E. Fernández* 133
Teórico VIII: La pasión y las psicosis. El amor-pasión en la cultura. El mito de Narciso. Erotomanía. Clérambault. Postulado y fases. Reseña del término pasión, *Elida E. Fernández* 143
Ateneo clínico: "El sujeto en la psicosis", *Elida E. Fernández* 155

III. Locura y psicosis 167

Teórico IX: La locura desde la antigüedad. Lacan "Acerca de la causalidad psíquica" y Hegel. El pintor Cristóbal Haizmann. Locura histérica. Diferencias entre locura y psicosis, *Elida E. Fernández* 169
Teórico X: Locura histérica. Un ejemplo clínico, *Elida E. Fernández* 179
La hoja en blanco... ¿del sueño? (La pesadilla), *María Bernarda Pérez* 192

IV. Intersecciones y divergencias
Algunos de los que lo intentaron:
Escuela Inglesa 199

Teórico XI: Transferencia en psicosis. Su dificultad en teorizarla. Lugar del analista. Aristóteles y la Etica de Nicómaco. Paranoia y erotomanía. El analista como otro, *Elida E. Fernández* 201

Presentación, *María Bernarda Pérez y Elida E. Fernández* 212

La contribución de Melanie Klein, *María Cristina F. de Gallo* 214

La psicosis en la obra de Bion, *Adela Costas Antola* 227

Aproximación a Searles, *María Bernarda Pérez* 237

La concepción de las psicosis en la teoría de Donald Winnicott, *Alicia Levín* 245

Algunas consideraciones sobre psicosis y Hospital de Día, *María Cristina Khammar* 262

A manera de conclusión, *Elida E. Fernández* 270

Etienne Gontard 273